



Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Sunniva Andreassen & Stine Fagerli

Bacheloroppgave i sykepleie  
«Onde mennesker eller bare onde handlinger?»

«Evil humans or just evil actions?»

BASYK 2015

2018

Veileder: Anne Høstad With

Ord: 13 283

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☐

## **Sammendrag**

**Tittel:** «Onde mennesker eller bare onde handlinger?»

**Engelsk tittel:** «Evil humans or just evil actions?»

**Problemstilling:** *“Hvordan kan vi utøve god sykepleie til voldelige pasienter i psykiatrisk avdeling?”*

**Hensikt:** Vi ønsker å belyse temaet vold og aggresjon, og se på utfordringene dette kan medføre for sykepleien som blir gitt. Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan danne en relasjon og utøve god sykepleie til voldelige pasienter.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie hvor vi anvender pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur, forskning og erfaringer for å besvare valgt problemstilling.

**Resultat:** Vi har ikke kommet frem til noe banebrytende eller nytt gjennom vår besvarelse av problemstillingen. Likevel har vi belyst temaet vold og fremmet fokuset på sykepleierens væremåte og holdninger i møte med den voldelige. I utarbeidelsen av oppgaven har vi sett at voldelig atferd kan forklares gjennom ytre forhold som livsvilkår, miljø, makthandlinger og påvirkning. Makthandlinger og vold avhenger av sykepleierens holdninger og væremåte i møte med pasienten. På bakgrunn av dette vil relasjonen mellom partene være av stor betydning.

### **Konklusjon:**

Vi har økt vår forståelse for bakgrunn og mulige årsaker til voldelig atferd, men likevel forsvarer vi ikke disse handlingene. Denne forståelsen vil imidlertid hjelpe oss med å øke innsikt i hvordan det er å være et menneske, og bidra til hvordan vi skal tilnærme oss denne atferd. De valgte sykepleieteoretikerne understreker dette godt og beskriver en fremgangsmåte for å kunne oppnå et tillitsforhold.

...Kong Olav kunne gå på årene utabords mens mennene hans rodde på Ormen; han lekte med tre sverd slik at det ene alltid var i lufta, og tok dem alltid igjen i handgrepet. Han hogg alltid med begge hender og kastet to spyd på én gang. Kong Olav var glad i moro og likte god lek, han var blid og liketil; han dreiv hardt med alle ting, og var rent storveies til å gi bort, han var svært nøye på klærne; han var foran alle andre menn når det gjaldt å være djerv i kamp; stygg og grusom som få når han ble sint; og pinte uvennene sine fælt; noen brente han med ild, noen lot han olme hunder rive i filler; og noen lemlestet han, eller lot dem kaste utfor høye fjell. Derfor var vennene hans glade i ham, men uvennene var redd ham, og når han hadde slik framgang, var det fordi noen gjorde det han ville av godhet og vennskap, og noen fordi de var redde.

(Sturlason, 1899/2006, s. 169)

# **Innholdsfortegnelse**

<b>Sammendrag .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Innledning.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Case med presentasjon av problemstilling .....	8
<b>1.2 Begrepsavklaring.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Avgrensning &amp; oppbygning.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Metode .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Hva er metode.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Litteraturstudie.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Litteratursøk og valg av litteratur .....</b>	<b>9</b>
<b>2.4 Kildekritikk.....</b>	<b>10</b>
<b>2.5 Valg av databaser .....</b>	<b>10</b>
<b>2.6 Kvantitativ metode .....</b>	<b>11</b>
<b>2.7 Kvalitativ metode.....</b>	<b>11</b>
<b>2.8 Primær -og sekundærlitteratur.....</b>	<b>11</b>
<b>3. Teori.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Hva er sykepleie? .....</b>	<b>12</b>
3.1.1 Sykepleierens plikter - yrkesetiske retningslinjer [YER] for sykepleiere .....	12
<b>3.2 Hva er vold?.....</b>	<b>13</b>
3.2.1 Meningen med volden.....	13
3.2.2 Makt & avmakt .....	14

<b>3.3 Joyce Travelbee .....</b>	<b>15</b>
3.3.1 Teoriens mål & hensikt .....	15
3.3.2 Etablering av en allianse.....	16
3.3.3 Håp .....	16
<b>3.4 Jan Kåre Hummelvolls teori .....</b>	<b>17</b>
3.4.1 Sykepleier –pasient fellesskapet .....	17
3.4.2 De ni hjørnesteinene.....	18
<b>3.5 Aron Antonovsky .....</b>	<b>20</b>
3.5.1 Salutogenese .....	20
3.5.2 Sense of coherence (SOC).....	20
3.6.2 Egostyrkende sykepleie .....	21
3.6.3 Grensesetting.....	21
3.6.4 Containing function.....	21
<b>3.7 Affektbevissthet og affekttoleranse.....</b>	<b>22</b>
<b>3.8 Kommunikasjon .....</b>	<b>22</b>
<b>3.9 Empowerment og mestring .....</b>	<b>22</b>
<b>4. Drøftingsdel .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Vold.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Makt er motsvaret til avmakt .....</b>	<b>26</b>
4.2.1 Avmaktbevisst omsorg .....	27
<b>4.3 Egostyrkende sykepleie .....</b>	<b>29</b>
<b>4.4 Etikk og yrkesetiske retningslinjer.....</b>	<b>31</b>

<b>4.5 Hvordan skape en relasjon? .....</b>	<b>32</b>
<b>4.6 Kommunikasjon.....</b>	<b>36</b>
<b>4.7 Empowerment, håp &amp; mestring.....</b>	<b>38</b>
<b>4.8 Begynnelsen på livet videre .....</b>	<b>40</b>
<b>5. Konklusjon med refleksjon.....</b>	<b>41</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 1 Presentasjon av artikler.....</b>	<b>46</b>
<b>Vedlegg 2 PICO-skjema.....</b>	<b>48</b>
<b>Vedlegg 3 Søkeord og antall treff.....</b>	<b>49</b>
<b>Vedlegg 4 Kritisk vurdering.....</b>	<b>52</b>
<b>Vedlegg 5 Samleskjema.....</b>	<b>54</b>
<b>Vedlegg 6 IMRaD-strukturen.....</b>	<b>56</b>
<b>Vedlegg 7 Risikovurderingsskjema.....</b>	<b>57</b>
<b>Vedlegg 8 Individuell plan.....</b>	<b>59</b>

# 1. Innledning

Ut fra fortellingen om Kong Olav, kan vi se at mennesker har utøvd vold mot hverandre i alle tider. Sammenlignet med i dag kan vi se at synet på vold har forandret seg, da Kong Olav ble sett på som en modig helt i vikingtiden. I dette kapitlet presenterer vi bakgrunn for valg av tema, case med presentasjon av problemstilling, begrepsavklaring, avgrensning og oppbygging av oppgaven.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge og verdenssamfunnet for øvrig, er vold et omfattende problem (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014). Også internasjonalt og i Norge er det en økende forekomst av vold og trusler i arbeidslivet. Helsepersonell er den yrkesgruppen som er mest utsatt for vold og trusler i Norge. I perioden 2012 til 2016 foretok Helsedirektoratet (2017, s. 7-8) en kartlegging av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter i alle helseforetak. Kartleggingen av omfanget viste at rapporterte tilfeller av vold og trusler har økt i denne perioden. I samme periode har det også vært et større fokus på å rapportere uønskede hendelser og ta læring av disse i helseforetakene (Helsedirektoratet, 2017, s. 12).

Forskning viser at i Europa blir det ofte anvendt fysisk begrensning, medisiner og tilbaketrukkethet i håndteringen av vold. I tillegg er det stor mangel på kunnskap, handlingsstrategier og prosedyrer rundt voldshåndtering i psykiatriske tjenester (Cowman, Björkdahl, Clarke, Gethin, Maguire & European Violence in Psychiatry Research Group, 2017). Studien til Moore & Pfaff (2017) viser også at helsepersonell har mangel på opplæring, og er derfor ikke forberedt på håndtering av voldelige pasienter. I tillegg har helsepersonell lite kunnskap om forebygging av aggresjon og vold (Moore & Pfaff, 2017).

I psykiatrisk praksis har vi begge møtt personer med utagerende og truende atferd, som opplevdes skremmende. I disse situasjonene opplevde vi usikkerhet på grunn av manglende kunnskap og handlingsstrategier. Vi tenker derfor at det å danne en relasjon kan være utfordrende i slike situasjoner.

Slike opplevelser kan føre til at våre faglige og etiske verdier kan komme i konflikt med våre egne og personlige verdier (Brinchmann, 2012, s. 46). Vi vet at våre faglige og etiske verdier tilsier at vi skal opptre profesjonelt og se mennesket bak dets handlinger. Allikevel ser vi at

dette kan by på utfordringer for sykepleien som utøves. Vi mener at temaet vold er relevant innenfor sykepleien da sykepleieren kan møte utagerende atferd i alle områder innenfor helsesektoren. Vi tenker at denne problemstillingen er spesielt aktuell innenfor psykisk helsearbeid. Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan danne en relasjon og utøve god sykepleie til voldelige pasienter.

### **1.1.1 Case med presentasjon av problemstilling**

Kim Nordli er 30 år og har hatt samboer inntil nylig. Kim har vært innlagt i institusjon for sine psykiske plager tidligere, første gang tidlig i 20 årene da han fikk diagnosen bipolar lidelse og ADHD. I perioder i livet har Kim brukt amfetamin. Etter samlivsbruddet, begynte Kim å ta mindre vare på seg selv og ruse seg. Etter gjentatte voldsepisoder bestemte Kim seg for å ta kontakt med fastlegen. Under samtalen med legen blir det bestemt at han skal legges inn i institusjon. Kim går med på frivillig innleggelse selv om han egentlig ikke ønsker dette. Ved innkomst er Kim høylytt, aggressiv og har truende atferd. Vi er sykepleiere i psykiatrisk avdeling og møter Kim. Ut fra dette har vi utarbeidet følgende problemstilling:

*“Hvordan kan vi utøve god sykepleie til voldelige pasienter i psykiatrisk avdeling?”*

## **1.2 Begrepsavklaring**

Begrepet vold brukes i denne sammenheng om handlinger som kan gi fysisk og psykisk skade, og innebærer også trusler om å skade. Aktuelle begreper vil vi avklare underveis i oppgaven.

## **1.3 Avgrensning & oppbygning**

Med utgangspunkt i hvorfor mennesker blir voldelige, ønsker vi å fokusere på relasjonen mellom sykepleier og pasient i psykiatrisk institusjon. Tidsrammen for denne problemstillingen vil være fra det første møtet mellom sykepleier og Kim, og frem til han skrives ut fra psykiatrisk avdeling. Hovedfokuset i denne oppgaven vil være i spesialisthelsetjenesten. Videre bygges oppgaven opp i en metodedel, teoridel, drøftingsdel og konklusjon med refleksjon.



## 2. Metode

### 2.1 Hva er metode

Metode innebærer hvordan vi går frem for å tilegne oss eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2014, s. 111). På bakgrunn av dette kan vi anvende metoden som et verktøy for å innhente den kunnskap og informasjon vi måtte trenge for å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte.

### 2.2 Litteraturstudie

Vi skriver en litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen. Metoden innebærer å studere litteraturen, søke og innhente den viten som finnes, i tillegg til å vurdere og sammenfatte kunnskapen. Gjennom å systematisere kunnskap vil det komme nye oppdagelser og erkjennelser, og vi får en oversikt over den kunnskapen som vår yrkesgruppe fokuserer på (Støren, 2016, s. 16-17). I besvarelsen vil vi inkludere pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur, praksiserfaringer, en litteraturstudie, i tillegg til kvalitative og kvantitative studier.

### 2.3 Litteratursøk og valg av litteratur

Gjennom studiet har vi erfart lite undervisning knyttet til temaet vold. Vi har også lite pensumlitteratur som tar for seg emnet. I tillegg til pensumlitteratur har vi anvendt selvvalgt faglitteratur om temaet vold. Selvvalgt litteratur er merket med \* i referanselisten. Målet med litteratursøket var å finne god og relevant litteratur som kan gi oss økt kunnskap om temaet og belyse problemstillingen vår. I søket etter forskningsartikler til besvarelsen ønsket vi å finne relevante artikler knyttet til problemstillingen. Vi har tidligere erfart at det kan være vanskelig å finne gode og relevante artikler. Derfor foretok vi et bredt søk i ulike databaser for å undersøke hva som finnes av informasjon og artikler knyttet til vårt tema. Etter å ha avgrenset oppgaven utførte vi et mer detaljert litteratursøk. Vi har derfor benyttet oss av verktøyet PICO-skjema (vedlegg 2), som vi er kjent med og har erfaring med fra tidligere. PICO er et verktøy som hjelper oss med å strukturere relevante søk i samsvar med våre spørsmål. PICO er en forkortelse, og hver bokstav står for hovedpunkter som kan inkluderes i problemstillingen. P står for *population*, *pasient* eller *problem*. Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om? I står for *intervensjon* som innebærer hva vi er interessert i eller hvilke tiltak vi ønsker å undersøke. C står for *Comparison*. Er det noe vi ønsker å

sammenligne? Siste hovedpunkt er O og står for *Outcome*. Hvilket utfall eller resultat ønsker vi å se? (Helsebiblioteket, 2016).

## **2.4 Kildekritikk**

Dalland (2014, s 67-68) sier at kildekritikk innebærer å vurdere og identifisere de kildene som anvendes, og er en metode for å vurdere om en kilde er pålitelig. Ved hjelp av kildekritikk kan vi vise at vi er i stand til å forholde oss kritisk til litteraturen vi anvender i oppgaven. Vi har derfor anvendt sjekklister for kvalitativ og kvantitativ metode (vedlegg 4) som er utarbeidet av Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart (2016). Ved bruk av sjekklisene har vi vurdert hver enkelt studie som er inkludert i vår besvarelse for relevans, gyldighet, holdbarhet og troverdighet. Vi har også anvendt verktøyet IMRaD (vedlegg 6) for å skille forskningsartikler fra fagartikler. Verktøyet IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. De fleste forskningsartikler er bygd opp etter IMRaD- prinsippet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2016, s 69). I tillegg har vi valgt å anvende et samleskjema (vedlegg 5) for å samle alle artiklene til oppgaven. Samleskjemaet hjelper oss til å få oversikt.

Kunnskap kan raskt bli utdatert når det stadig blir presentert ny kunnskap. Likevel vil eldre kilder kunne være av betydning i diskusjonen av nyere funn (Dalland, 2014, s. 73). Vi har derfor valgt å inkludere en artikkel som er eldre da innholdet er av verdi for vår besvarelse. Alle artiklene vi anvender i besvarelsen er fagfellesvurderte (peer review). Det innebærer at artiklene er vurdert av eksperter innenfor fagområdet og at artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, 2014, s, 78). Artiklene har vi valgt å presentere under funn (se vedlegg 1.).

## **2.5 Valg av databaser**

Etter anbefaling fra Høgskolen Innlandet har vi søkt etter relevant litteratur og forskning i Oria som hovedbase av databaser. I hovedsak har vi anvendt PubMed, SweMed+ og McMaster+ gjennom helsebiblioteket. For å finne relevant forskning har vi anvendt MeSH-termer for å spesifisere søket. Studiene vi har inkludert i besvarelsen er satt inn i eget skjema for søkeord og antall treff (vedlegg 3)

## **2.6 Kvantitativ metode**

Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter. De målbare enhetene gir oss tall, slik at vi kan foreta regneoperasjoner. Kvantitativ metode innebærer statistisk analyse og undersøkelser av forekomst og fordeling, sammenheng og variabler. I en kvantitativ studie samles informasjon i et utvalg på ett gitt tidspunkt (Dalland, 2014, s. 112).

## **2.7 Kvalitativ metode**

For å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger benyttes kvalitativ forskning. Denne metoden innebærer å inkludere meninger, erfaringer og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2014, s. 112). Ved kvalitativ metode anvendes ikke- statistiske metoder for analyse. I en kvalitativ undersøkelse benyttes hovedsakelig intervju, observasjon og/eller gjennom lesning av dokumenter. Denne metoden har oftest et mindre utvalg av deltagere, men informasjonen er verdifull. I en kvalitativ studie er forskeren selv deltagende i perioden man innhenter data (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2016, s. 72).

## **2.8 Primær -og sekundærlitteratur**

Primærkilden er den opprinnelige utgaven av teksten og en sekundærkilde er det en kaller kilden når en forfatter gjengir innholdet som en annen forfatter tidligere har skrevet. Dette vil si at forfatteren bruker informasjon som er gitt fra primærkilden og henviser til denne, ved bruk av sekundærkilder skal dette refereres underveis i teksten. Som hovedregel bør man benytte den opprinnelige kilden dersom en skal anvende en bestemt teori fra en bestemt forfatter i sitt arbeid. Ofte kan sekundærkilden benytte innholdet i en annen sammenheng som kan føre til misoppfatning. Ved å bruke primærkilden sikrer man seg at arbeidet som presenteres er forfatterens eget arbeid, og dermed hindrer vi unødige feiltolkninger (Dalland, 2014, s. 86-87). Vi vet at primærlitteratur er førstehåndskilden og derfor den beste kilden å anvende. Allikevel har vi valgt å anvende både primær -og sekundærlitteratur i vår besvarelse.

### **3. Teori**

I teorikapittelet vil vi presentere relevant litteratur for å belyse problemstillingen. I første omgang presenterer vi sykepleierens rolle i møte med den andre. Videre tar vi for oss vold som tema og årsakene bak disse handlingsstrategiene. Sykepleiere har som oppgave å ivareta grunnleggende behov hos den enkelte i alle livsfaser. For å danne en relasjon til voldelige pasienter ønsker vi å fokusere på Travelbees mellommenneskelige teori og Hummelvolls relasjonsteori, Antonovskys salutogene perspektiv og sense of coherence (SOC). Vi inkluderer også egostyrkende sykepleie fra Liv Strand, affektbevissthet og affekttoleranse, kommunikasjon, empowerment, håp og mestring.

#### **3.1 Hva er sykepleie?**

NSF (2008, s. 5) definerer sykepleiens særegne funksjon som: «å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleierne utfører dette ved å bidra til at pasientene kan leve med konsekvensene av sin helsesvikt og/eller behandling». Sykepleie settes i verk gjennom omsorg, pleie, helsefremmende og forebyggende arbeid, og sykepleie skal bygge på kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer at utøvelsen baserer seg på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012, s. 17).

##### **3.1.1 Sykepleierens plikter - yrkesetiske retningslinjer [YER] for sykepleiere**

NSF (2011, s. 7) sier at: «grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert». Hummelvoll (2014, s. 85) mener at grunnlaget for helseetikk er at sykepleie og behandling skal bygge på respekt for pasientens rett til autonomi og integritet. Sykepleieren har ansvar for å ivareta verdighet og integritet, retten til å ikke bli krenket og medbestemmelse. I tillegg har sykepleieren ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, helhetlig sykepleie, samt lindre lidelse i alle livsfaser (NSF, 2011, s. 8). YER for sykepleiere tar for seg hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier som bør ligge til grunn for sykepleien som utøves. Dette innebærer også å sikre god praksis innen yrke og i møte med pasienten, pårørende, kollegaer, arbeidsstedet og samfunnet. Formålet med retningslinjene er å sikre ivaretagelse av

menneskerettighetene (NSF, 2011, s. 5). I vårt arbeid som sykepleiere tenker vi at YER er grunnfundamentet for å kunne utøve god sykepleie med menneskeverdet i hovedfokus.

### **3.2 Hva er vold?**

Verdens helseorganisasjon [WHO] definerer vold slik:

...som bevisst og som har til hensikt å skade en annen person gjennom bruk eller trussel om bruk av vold. Dette kan innebære fysisk makt eller tvang, mot seg selv, enkeltpersoner eller en gruppe som resulterer i eller kan resultere i fysisk eller psykisk skade, mangelfull utvikling eller i verste fall, død.

(Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS], s.a)

WHOs definisjon av vold og overgrep inkluderer fysisk vold, seksuelle, psykologiske overgrep og omsorgssvikt (NKVTS, s.a) Psykologen Per Isdal (2016) er leder for behandlingstiftelsen «Alternativer til vold», og gjennom sitt arbeid har han lang erfaring med terapi for menn med vold -og aggresjonsproblematikk Isdal (2016, s. 35) definerer vold slik: «vold er enhver bruk av fysisk makt for å skade andre».

#### **3.2.1 Meningen med volden**

Isdal (2016, s. 110) forstår vold som en makthandling hvor makt gir avmakt. Videre forklarer Isdal (2016, s. 221) volden gjennom skjebneforklaringer, usynliggjøring, normalisering, rettighetstenkning, overforenkling, eksternalisering, bagatellisering og fragmentering. Skjebneforklaringer omhandler syke eller gale personligheter som årsaken til volden (Isdal, 2016, s. 222). Mange har den oppfatning av voldsutøvere som psykopater (Isdal, 2016, s. 224). I begrepet usynliggjøring legges det vekt på vold som ikke synes, og dermed ikke blir påtalt, avdekket eller problematisert. Usynliggjøringen er den viktigste grunnen til at vold kan fortsette. «Det som ikke synes gjelds ikke» (Isdal, 2016, s. 227- 228). Normalisering innebærer å rettferdiggjøre en handling. Denne rettferdiggjøringen tildeler også skylden til offeret for handlingen dersom det skulle få reaksjoner eller konsekvenser. «Jeg fikk selv juling og har ikke tatt skade av det» (Isdal, 2016, s. 233-234). Rettighetstenkning innebærer tenkning som rettferdiggjør handlingene hos voldsutøveren (Isdal, 2016, s. 236-237). Dersom volden utgår fra en ramme der en bare ser to alternativer kalles dette overforenkling.

Handlingen rettferdiggjøres gjennom at det andre alternativet gir større skade enn det første. Et eksempel på overforenkling kan være: «jeg er svært takknemlig, jeg, for at jeg hadde en far som tok sitt foreldreansvar på alvor. Jeg er sikker på at dersom det ikke hadde vært for han, så hadde jeg ikke vært en så ordentlig person» (Isdal, 2016, s. 241). Eksternalisering innebærer å legge skylden på andre forhold for handlingene. Et eksempel på dette er å legge ansvaret for volden på den som provoserte det frem. «Jeg slo fordi jeg ble provosert» (Isdal, 2016, s. 244-245).

Jeg kan rett og slett ikke huske at jeg har gjort noe galt, jeg hadde drukket tett den dagen, og når jeg har tenkt tilbake, er alt borte. Jeg skal være åpen for at noe har hendt, og hvis hun sier at det har hendt, så velger jeg å tro på henne. Men for meg er alt borte. (Isdal, 2016, s. 251).

Dette er et eksempel på benekting, bagatellisering og minimalisering, som er noe voldsutøveren kan gjøre for å ufarliggjøre situasjonen. Dermed utgjør ikke situasjonen noe problem og er egentlig ikke noe å reagere på. Det siste punktet Isdal (2016, s. 262-264) forklarer vold gjennom er fragmentering. Dette innebærer å legge sitt eget ubehag og smerte over på andre.

### **3.2.2 Makt & avmakt**

Makt er et begrep med flere betydninger. Andre ord som kan forbindes med makt er vold, kontroll og tvang. Disse begrepene assosieres ofte med ufrihet og umyndiggjøring. Rundt maktbegrepet kan en lett få negative assosiasjoner (Lillevik & Øien, 2017, s.14-15).

Samfunnet er bygd opp av maktstrukturer som er nødvendige for at samfunnet skal fungere. Dette betyr at makt har både positive og negative virkninger. Makt kan medføre misbruk, krenkelse eller begrense friheten, samtidig som makt kan gi myndighet og kraft til å handle. Den tyske sosiologen Max Weber mener at makt er et eller flere muligheter et menneske kan få ved å gjennomføre sin egen vilje i en sosial relasjon, med eller uten motstand (Lillevik & Øien, 2017, s. 15). Motsvaret til makt er avmakt. Begrepet avmakt innebærer å miste oversikt og kontroll over seg selv og eget liv (Lillevik & Øien, 2017, s.14-15).

Lillevik & Øien (2017, s. 27) beskriver avmakt som et fenomen som oppstår når et menneske mangler ytre eller indre vilkår for å få dekket sine fysiske eller psykiske behov. Disse

vilkårene kan for eksempel være forutsigbarhet, oversikt, kontroll, innflytelse, påvirkningsmulighet, løsningsmuligheter, beskyttelse, trygghet og kontakt. Med kontakt innebærer dette å bli sett, hørt, forstått og anerkjent. Et resultat av avmakt kan være frustrasjon. Denne frustrasjonen er et svar på ønsker og behov vi er hindret til å oppnå. Graden av hindringer for å nå målet vil kunne oppleves som overveldende og kan dermed gi tilløp for aggresjon. Lillevik & Øien (2017, s 28) påpeker at hvordan den enkelte håndterer og reagerer på avmakt, kan variere. Avmakt kan fremkalle reaksjoner som sinne og raseri, eller tilbaketrekning. Her kan vi se en årsak til hvorfor noen reagerer med sinne og utøver vold. I egenskap av å være sykepleier og utøve helsehjelp, tenker vi at en får automatisk tildelt makt overfor sårbare mennesker.

### **3.3 Joyce Travelbee**

Travelbee (2001, s. 5) var en psykiatrisk sykepleier med fokus på menneske- til -menneske -forhold. Hun mente at dette forholdet var nødvendig for å utøve god sykepleie. I Travelbees teori om mellommenneskelige aspekter tar hun utgangspunkt i at hvert enkelt menneske er unikt og fremragende. Travelbee (2001, s. 56-57) mente det var viktig å behandle hvert enkelt individ med respekt. Hun godtok ikke begreper som sykepleier og pasient, fordi hun mente disse begrepene fjernet spesielle kjennetegn og egenskaper hos et menneske (Travelbee, 2001 s. 62-72). Et menneske-til-menneske-forhold forutsetter at fokuset er på det enkelte mennesket, der to individer møter hverandre med aksept og medmenneskelighet overfor hverandre (Travelbee, 2001, s.177-178). Vi ser på Travelbees teori som aktuell når vi skal reflektere over hvordan sykepleieren skal møte Kim i vår besvarelse.

#### **3.3.1 Teoriens mål & hensikt**

Travelbees (2001, s. 41) mål og hensikt er å hjelpe den syke til å mestre eller bære sykdom og lidelse, og å finne mening i situasjonen. Dette innebærer å hjelpe et annet menneske til å finne mening i sin sykdom og lidelse, samt bruke disse erfaringene positivt. I følge Travelbee (2001, s. 41) er sykepleiens mål å forebygge sykdom og lidelse, og å fremme helse. Ved å bruke disse erfaringene kan pasienten få en viktig mulighet til å utvikle seg selv. Sykepleiens mål og hensikt oppnås ved å danne et menneske-til-menneske-forhold, der fokuset er på enkeltindividet. Forholdet innebærer en eller flere erfaringer mellom sykepleieren og pasienten som har behov for bistand (Travelbee, 2001, s. 41).

### **3.3.2 Etablering av en allianse**

I følge Travelbee (2001, s. 211) er etablering av et menneske-til-menneske-forhold sykepleierens overordnede mål. For å etablere og opprettholde en allianse er sykepleieren selv ansvarlig, men sykepleieren kan ikke gjøre dette alene. Forholdet må være gjensidig, i tillegg til gjensidig forståelse og kontakt. I følge Travelbee (2001, s. 211) gjennomgår sykepleieren og pasienten fire faser i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. Disse fasene innebærer det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse. Det er disse fasene som til sammen utgjør gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 211).

For å danne en god relasjon mener vi at kommunikasjon er en viktig faktor. Travelbee (2001, s.135 & 136) sier at kommunikasjon er en prosess som hjelper en til å danne et menneske-til-menneske-forhold. Denne prosessen er krevende og forutsetter at sykepleieren har forskjellige evner. Travelbee (2001, s. 152-153) mener at sykepleieren bør ha kunnskap, i tillegg til at man kan bruke denne, og mestrer ulike kommunikasjonsteknikker. Samtidig advarer hun mot å tro at kommunikasjonsteknikker alene vil skape et bånd mellom to mennesker. Ved bevisst bruk av personlighet og kunnskap kan man bidra til forandring hos pasienten. Dette kaller Travelbee (2001, s. 44-46) terapeutisk bruk av seg selv. Terapeutisk bruk av seg selv forutsetter selvinnsikt, forståelse av samspillet mellom mennesker, engasjement, evne til å tolke egne og andres handlinger og gripe inn. Dessuten mener hun også at sykepleieren må ha en tilnærmingssåte som innebærer at en anvender sine fagkunnskaper og sin innsikt for å finne frem til hva som er pasientens behov, og hvordan en kan hjelpe pasienten med å innfri disse (Travelbee, 2001, s.44-46).

### **3.3.3 Håp**

Travelbee (2001, s.117-120) definerer håp som et ønske om å oppfylle et mål sammen med en forventning om at det som ønskes er oppnåelig. De som håper, tenker at livet vil endre seg på en eller annen måte ved å oppnå målet. Hun beskriver håp som en subjektiv mental tilstand, og at denne tilstanden baserer seg på kunnskap og personlig erfaring. Travelbee (2001, s.118) hevder at hvert enkelt individ er sterkt avhengig av hjelp fra eller samarbeid med andre for å overleve. Samtidig stiller hun spørsmål ved at hjelpeløshet og avhengighet av andre kan



oppleves som ergelig. Travelbee (2001, s.119) mener håp er fremtidsorientert, relatert til valg og ønsker, at håp har nær sammenheng med tillit og utholdenhet, og at håp er relatert til mot.

### **3.4 Jan Kåre Hummelvolls teori**

Jan Kåre Hummelvoll (2014) er psykiatrisk sykepleier og doktor i folkehelsevitenskap. I sitt arbeid er Hummelvoll spesielt opptatt av kunnskapsdannelse. Litteraturen hans anser vi også som relevant for vår problemstilling da sykepleier– pasient fellesskapet utgjør en stor og viktig rolle i bedringsprosessen.

#### **3.4.1 Sykepleier- pasient fellesskapet**

Hvordan skape en allianse? For å kunne oppnå et betydningsfullt møte med pasienten kreves det likeverdighet og empati. Hummelvoll (2014, s. 431-432) bruker begrepet sykepleier-pasient fellesskapet i sin teori om møtet med den andre. Ordet fellesskap innebærer å se bort fra forskjellen mellom pasienten som søker hjelp og hjelperen, men heller fokusere på at to mennesker møter hverandre som helt likeverdige personer. Utviklingen av et forhold mellom pasient og sykepleier beskriver Hummelvoll i fire faser. Disse fasene er forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen. I følge Hummelvoll (2014, s. 38) forutsetter et vellykket samarbeid at forholdet utvikles på grunnlag av gjensidig tillit og åpenhet. Vi har valgt å inkludere alle fasene Hummelvoll (2014, s. 39) mener er viktige for å opprettholde en god allianse.

#### *Forberedelsesfasen*

I første fasen har ikke sykepleier og pasient møtt hverandre. Pasienten har kommet til det punktet hvor han må erkjenne overfor seg selv at han trenger hjelp. Sykepleieren på sin side kan foreta en selvanalyse før møtet for å kunne forberede seg. Eksempler på selvanalyse kan være: hvilke holdninger og verdier har jeg? Innehar jeg fordommer eller feiloppfatninger om hva psykiatri er, og overfor psykiatriske pasienter? Hva er min oppfatning av mennesket bak de psykiske lidelsene? og hva kan jeg hjelpe pasienten med? (Hummelvoll, 2014, s.434).

### *Orienteringsfasen*

Orienteringsfasen er fasen hvor det første møte finner sted mellom pasienten og sykepleieren. I denne fasen er det fokus på relasjonsbygging. Det er dette møtet som blir avgjørende for videre samarbeid. I det første møtet vil det være vesentlig at sykepleieren i arbeidet legger vekt på pasientens erfaringer, opplevelser, tanker, følelser og problemene han ønsker hjelp til å løse. Det blir da av stor betydning at pasienten inviteres til å fortelle hva han har tenkt seg skal skje. I denne fasen må en forsøke å skaffe seg oversikt over situasjonen og kartlegge problemer, ressurser, tidligere problemløsninger og ønskemål (Hummelvoll, 2014, s.435).

### *Arbeidsfasen*

I denne fasen blir hovedarbeidet gjort. I fellesskap ser man på utløsende faktorer og arbeider med å øke pasientens selvinnsikt og situasjonsforståelse. Å øke pasientens selvinnsikt krever også at dette omsettes til handling for at den skal bli en del pasientens erfaring (Hummelvoll, 2014, s.436).

### *Avslutningsfasen*

I den siste fasen avsluttes kontaktforholdet mellom sykepleieren og pasienten. Her oppsummeres og evalueres arbeidet sammen med pasienten. Hva har pasienten oppnådd? Hvor står pasienten i forhold til målene som ble satt? (Hummelvoll, 2014, s. 436).

## **3.4.2 De ni hjørnesteinene**

Hummelvoll (2014, s. 39) sier at sykepleier– pasient fellesskapet hviler på noen sentrale hjørnesteiner. Hjørnesteinene beskriver viktige elementer i relasjonen med andre. Vi har valgt å se nærmere på selvaktelse/ signifikans, ansvar og valg, mål, mening og verdiavklaring, skyld og soning, åpenhet og innsikt i tillegg til håp. På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å ikke inkludere alle hjørnesteinene til tross for at alle like relevante.

### *Selvaktelse/ signifikans*

Selvaktelse og signifikans innebærer å føle seg viktig, bety noe for andre, være dugelig til noe og at livet gir mening. Når pasienten oppsøker hjelp hos andre for å løse sine problemer kan han oppleve at selvaktelsen påvirkes negativt (Hummelvoll, 2014, s. 41).

### *Ansvar og valg*

En avklaring av hvem som har ansvar og medansvar er viktig for at et samarbeid kan dannes. Det er pasienten som selv må ta ansvar for sine egne handlinger og det er opp til han om han vil ta konsekvensene av dem. Sykepleierens må selv ta ansvar knyttet til arbeidet med pasienten og hjelpe han med å øke innsikten (Hummelvoll, 2014, s. 41).

### *Mål, mening og verdiavklaring*

Hummelvoll (2014, s. 41) mener at en del av samarbeidet bør fokusere på mål, mening og verdiavklaring. Hva er meningen med livet? Her er det sykepleierens medansvar å bistå pasienten med å avklare livsverdier som pasienten ønsker å realisere. Vi kan se det slik at verdier er det som gir oss styrke og motivasjon til å fortsette og kjempe for det som gir oss mening. Å oppleve mening og sammenheng i tilværelsen har stor betydning for helsen (Hummelvoll, 2014, s. 41).

### *Skyld og soning*

Hummelvoll (2014, s. 41) sier at skyld hører med livet, og er et uttrykk for mental sunnhet. Opplevelse av skyld sammen med et ønske om soning kan være sentralt for mange mennesker med psykiske lidelser, og som ønsker å leve etter visse etiske standarder. Hvis pasienten opplever en moralsk konflikt med seg selv kan sykepleieren hjelpe han med å være åpen for denne virkeligheten. Sammen kan de se på skyldspørsmålet og sette det inn i en avklarende sammenheng (Hummelvoll, 2014, s. 41).

### *Åpenhet og innsikt*

Hummelvoll (2014, s. 42) sier at en forutsetning for å kunne få hjelp er vilje til åpenhet. Åpenhet kommer som følge av et trygt forhold mellom pasienten og sykepleieren. Hummelvoll (2014, s. 42) påpeker også at hvis sykepleieren selv er åpen og oppriktig, kan det oppleves lettere for pasienten å være åpen. I følge Hummelvoll (2014, s. 42) er åpenhet både en holdning og en positiv virkning av et trygt kontaktforhold. Dette innebærer for eksempel at sykepleieren har en holdning om å møte den andre med en vilje til å se og forstå. Den positive virkningen av relasjonen forutsetter at forholdet bygger på gjensidig tillit. Ved å være åpen kan man reflektere over sine styrker og svakheter, og også hvordan en løste sine problemer tidligere. Dette vil gi en større forståelse og innsikt i egen situasjon, og kan bidra til nye eller andre alternativer når man løser sine problemer i fremtiden (Hummelvoll, 2014, s. 42)

### *Håp*

Håp gir mot for å leve med lidelse og plager. Det blir viktig å få frem pasientens håp og ønsker som er nødvendig for at man i felleskap skal bli enige om mål (Hummelvoll, 2014, s. 43).

## **3.5 Aron Antonovsky**

Aron Antonovsky var opptatt av å identifisere faktorer som fremmer helse, og hvordan enkelte mennesker opprettholdt sin helse til tross for sterke påkjenninger. Antonovsky ble kjent gjennom sykepleien ved at han fokuserte på helse fremfor sykdom, som endret perspektivet fra lidelsen til hva som er opphavet til god helse (Kristoffersen, 2012, s.50 & 51). Vi ønsker å bruke Antonovskys teori da vi anser hans teori som verdifull for å hjelpe mennesker med å skape en sammenheng og mening under sterke påkjenninger. Han fokuserer også på mestring som er av stor betydning for bedringsprosessen.

### **3.5.1 Salutogenese**

Antonovsky bruker begrepet salutogen om sin modell. I løpet av livet kan vi møte sterke påkjenninger og den belastende situasjonen kan oppleves som håpløs. Antonovsky hevdet at mennesket hadde en “selvhelbredende” kraft som beskytter oss mot de påkjenningene vi kan møte. Denne innstillingen gjør at menneske til tross for opplevelsene vil ta valg som er helsefremmende (Kristoffersen, 2012, s. 50-52).

### **3.5.2 Sense of coherence [SOC]**

Antonovsky mente at SOC er grunnleggende for hvordan vi håndterer en vanskelig situasjon. Han mente også at alle mennesker har en lav eller høy grad av sammenheng, som vil påvirke vår helse. Barndommen, ungdomsårene og det tidlige voksenlivet bidrar til å skape det som blir vår oppfatning av sammenheng, forutsigbarhet og fotfeste i tilværelsen. Det er denne sammenhengen som er utgangspunktet for identiteten vår. En større opplevelse av sammenheng vil føre til at vi mestrer påkjenninger og tar valg som ivaretar vår helse (Kristoffersen, 2012, s. 50-52).

## **3.6 Liv Strand**

### **3.6.1 Egostyrkende sykepleie**

I følge Strand (2016, s.74) har selve uttrykket egostyrkende sykepleie blitt en samlebetegnelse på forskjellige metoder psykiatriske sykepleiere har anvendt overfor psykotiske pasienter. Egostyrkende sykepleie har blitt ført videre som kulturarv av sykepleiere og annet miljøpersonell i en årrekke. Begrepet innebærer tiltak og holdninger som stadig har blitt forbedret og nyansert gjennom årene. Egostyrkende sykepleie omfatter sykepleieren som person samt tilrettelegging av miljø, og har som mål styrke pasientens ego (Strand, 2016, s. 74). Vi mener at alle sykepleieprinsippene i egostyrkende sykepleie er viktige og relevante for besvarelsen, men for å avgrense oppgaven har vi valgt å inkludere to av sykepleieprinsippene.

### **3.6.2 Grensesetting**

Strand (2016, s. 86-90) definerer grensesetting som et virkemiddel en anvender for å stoppe pasienters uhensiktsmessige eller skadelige atferd. Virkemiddelet omfatter også forebyggende arbeid. Grensesetting skal ha som mål å øke pasientens autonomi. Ved å anvende grensesetting fokuserer sykepleieren på pasientens behov, viser omsorg og at en er i stand til å overta kontrollen. At sykepleieren overtar kontrollen i enkelte tilfeller kan bidra til ro, økt trygghet og redusere angst. Ved hjelp av å anvende dette virkemiddelet kan man hjelpe vedkommende til en mer strukturert hverdag, til indre samling og gi økt mestring (Strand, 2016, s. 86- 90).

### **3.6.3 Containing function**

Containing function brukes som en metafor for det Strand (2016, s. 107) mener er vår «beholderfunksjon». Beholderfunksjonen innebærer å ta imot pasienters følelsesmessige og verbale utbrudd og frustrasjon. Videre beholder og bearbeider vi innholdet som er blitt sagt. Når vi har bearbeidet, sortert og strukturert informasjonen vi har mottatt, tilbakeleverer vi innholdet til pasienten fra et annet perspektiv. Dette kan hjelpe pasienten med å sette ord på den vanskelige situasjonen. Strand (2016, s. 108) hevder at en forutsetning for å bruke dette virkemiddelet krever at sykepleieren har faglig innsikt, at hun er villig til å være mottakelig og ta imot uten å reagere med samme atferd tilbake.

### **3.7 Affektbevissthet og affekttoleranse**

En kan oppleve episoder der samspillet arter seg annerledes enn det som var tenkt. I tillegg kan helsearbeidere trekkes inn i dårlige samspill. Dette kan skje dersom pasienten for utløp for sine følelser, og vi som hjelpere blir påvirket. Det er ikke alltid vi mennesker er oppmerksomme på våre egne tanker og følelser. I slike situasjoner kan vi derfor gjøre uhensiktsmessige handlinger som vi ikke forstår før etter episoden. For å utvikle gode samspill blir derfor vesentlig at vi er oppmerksomme på våre egne følelsesmessige reaksjoner i møtet med pasienten. Dette innebærer at vi som sykepleiere klarer å se, tenke og føle klart som mentale vesener (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016).

### **3.8 Kommunikasjon**

Vi har erfart at kommunikasjon er utfordrende samt at man stadig lærer noe nytt om kommunikasjon gjennom livet. Vi tenker at man aldri blir utlært i kommunikasjon, og derfor synes vi det er viktig å se litt nærmere på hvordan man kan skape en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

Eide & Eide (2012, s. 20-21) bruker begrepet «hjelpende kommunikasjon» og mener dette er det viktigste kjennetegnet ved all kommunikasjon i helseprofesjonen. Hjelpende kommunikasjon innebærer å hjelpe andre. I følge Eide & Eide (2012, s. 21) finnes det ingen fastsatt, enkel eller konkret oppskrift på hva som kan oppleves hjelpende. Det finnes heller ingen oppskrift på hvordan man bør opptre i den enkelte situasjon. Eide & Eide (2012, s. 20-21) har sammenfattet noen ferdigheter som kan bidra til å skape en god kommunikasjon. Disse ferdighetene innebærer: øyekontakt, lytte til hva den andre har å si, observere og fortolke den andres signaler, være bevisst egne verbale og nonverbale signaler, og skape gode og likeverdige relasjoner. I tillegg til å stille åpne spørsmål, møte den andres ønsker og behov på en god måte, formidle informasjon på en klar og forståelig måte samt stimulere den andres ressurser og muligheter. Ferdighetene inkluderer også å strukturere en samtale, skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg.

### **3.9 Empowerment og mestring**

Begrepet empowerment står sentralt i det helsefremmende arbeidet. Askheim (2010, s. 29) knytter begrepet empowerment sammen med mestring innenfor rehabilitering. Begrepet

empowerment og mestring innebærer å lære bort mestringsstrategier til pasienter slik at de kan leve med sine plager og lidelser, og mestre hverdagens utfordringer. Askheim (2010, s. 29) mener mennesket ikke har optimal helse dersom de ikke har kontroll over de forhold som påvirker den, og ved hjelp av mestring vil man gjenoppta kontrollen over sitt eget liv.

Askheim (2010, s. 29) hevder at for å kunne oppnå empowerment må hjelperens rolle endres fra å være styrende til å bli en gjensidig samtalepartner. Dette innebærer at sykepleieren ikke fokuserer på sykdommen, men heller på pasientens ressurser. En slik tilnærming vil bidra til opplevelse av SOC (Askheim, 2010, s. 29).

Kristoffersen (2012, s. 338) mener at målet med empowerment er å støtte pasientens egne ressurser og tro på seg selv. Kristoffersen (2012, s. 157) Han mener også at vår evne til mestring er en kontinuerlig prosess gjennom hele livet. Menneskets mestringsevne innebærer evnen til å lære, til å bearbeide erfaringer og evnen til å være i utvikling. Vår evne til mestring av stress er på sitt høyeste nivå i voksen alder og avtar gradvis når vi blir eldre Kristoffersen (2012, s. 157).

Vi skal se nærmere på mestring knyttet til helse. Kristoffersen (2012, s. 158) definerer helse som evnen til å håndtere stress. I helse som mestringsevne referer Kristoffersen til Axel Strøm sin definisjon av helse. Strøm skiller mellom to begreper som han kaller for helsenivå og helsetilstand. Strøm knytter begrepet helsenivå med mestringsevnen som er en psykologisk egenskap det enkelte mennesket har. Helsenivå er ofte stabil over tid. Helsetilstand knytter Strøm med begrepet helse som varierer avhengig av de påkjenningene vi utsettes for gjennom livet.

## 4. Diskusjon

I drøftingsdelen skal vi se nærmere på hvordan vi kan møte Kim og ta lærdom fra dette. Vi vil vektlegge avmaktbevisst omsorg, egostyrkende sykepleie, etikk, og YER, i møtet med Kim. Videre vektlegges også relasjonsbygging, kommunikasjon, empowerment, mestring og håp. Til slutt vil vi ta for oss veien videre for Kim. I drøftingsdelen inkluderer vi funn fra artikler, ny teori, og egne opplevelser og erfaringer for å kunne besvare vår problemstilling. For kunne utøve god sykepleie til voldelige pasienter må vi i første omgang øke vår forståelse for den.

### 4.1 Vold

Isdal (2016, s. 224) mener vold er et resultat av livsbetingelser et individ skulle ha utviklet seg i og mestret. Han mener at vold er et symptom på et problematisk og dårlig miljø således som et symptom på at et individ har problemer. Moore & Pfaff (2017) mener at voldelig oppførsel kan ha flere årsaker, og ofte skyldes denne atferden et bredt spekter av ulike faktorer. Disse faktorene kan være miljø, sosial og medisinsk historie, mellommenneskelige relasjoner, arv og genetikk, rusmisbruk, nevrokjemi og hormoner. Isdal (2016, s. 225- 226) presenterer også forskning rundt biologi og atferdsbiologi som han ikke støtter. Det har ikke kommet noe gjennomslag i forskningen som forklarer voldelig atferd. Han mener vold er atferd som svarer til forhold som livsbetingelser, maktfordeling og kulturell påvirkning. Vi ser også at det ikke har kommet noe revolusjonerende innen forskning knyttet til dette. Med det kan det tenkes at årsakene til vold henger nær sammen med bakgrunn, forutsetninger og miljø.

Med begrepene forutsetninger og miljø ser vi det slik at forutsetninger er ressurser og «verktøy» man innehar og tar med seg videre for å håndtere livet. Når det kommer til miljø har vi en oppfatning av at menneske formes etter de omgivelsene man omgås i. Dersom Kim har opplevd vold i nære relasjoner, blir vold det verktøyet Kim har å referere til i vanskelige situasjoner. Det kan være denne måten han får utløp for sine følelser på. Vi har selv erfart at en vanskelig oppvekst kan medføre større sårbarhet, og som også medfører dårligere med ressurser for å takle motgang, utfordringer og belastninger. Likevel kan det tenkes at nye omgivelser kan være med på å forme Kim i en positiv retning. Vi tenker slik fordi mennesket stadig vil utvikle seg, lære noe nytt og få nye erfaringer (Håkonsen, 2014, s. 39).



Som nevnt tidligere i punkt 4.2, bruker Isdal (2016, s. 221) flere begreper for å forstå og forklare volden. Slik vi ser det, finnes det flere forklaringer på årsaker til vold. Noen forklarer årsaken med psykisk lidelse eller en «forstyrrelse», noen unnlater å forholde seg til handlingene sine og andre distanserer seg. Noen rettferdiggjør handlingen sin og mener de har rett til å utagere, og andre mener de ikke hadde noe annet valg.

Moore & Pfaff (2017) mener at voldelig atferd henger sammen med psykiske lidelser. En ser at paranoid og non paranoid schizofreni, personlighetsforstyrrelser, mani og psykose ofte er forbundet med vold. Også Isdal (2016, s. 268) ser sammenhenger mellom utøvelse av vold og andre lidelser, spesielt depresjon. Men, må en være psykisk syk for å utøve vold? Vi mener at psykisk sykdom ikke er ensbetydende med voldelig oppførsel. Slik vi ser det, er vold summen av flere årsaker som Moore & Pfaff (2017) presenterer i artikkelen sin. Isdal (2016, s. 227) mener volden ikke har vært et prioritert tema i samfunnet før inntil nylig, noe som har vært med på å usynliggjøre det hele. Dette ble vi også bevisst over i besvarelsen av vår oppgave. I søkeprosessen etter forskning knyttet til voldelig atferd, oppdaget vi at det ikke hadde kommet mye nytt om temaet på forskningsfronten.

Isdal (2016, s. 267-268) sier at i de fleste tilfeller oppleves disse handlingene som smertefulle hos utøveren av volden. Kim kan oppleve smerte over å se at han gjør andre vondt i tillegg til skam og fortvilelse over å ha mistet kontroll over sine egne følelser. Kim kan også føle skam over å ha gjort noe galt og oppleve frykt for straff og fordommer. Dette kan forårsake et kaotisk følelsesliv for Kim. Isdal (2016, s. 269) mener det er lett for utenforstående å se hvilke skader vold påfører de som blir utsatt for det, men hvordan påvirker dette Kim? Isdal (2016, s. 269) mener at voldsutøveren bør reflektere mer over følelser og hva volden gjør med dem. Hvordan har jeg det egentlig? På bakgrunn av dette tenker vi at det blir en viktig sykepleieroppgave å oppmuntre Kim til å reflektere mer over egne følelser, samt hvordan handlingsstrategiene hans påvirker han. Hvilke positive og negative konsekvenser gir handlingene Kim? Vi tenker at det å hjelpe Kim til å veie opp de negative konsekvensene mot de positive, kan øke hans selvinnsikt og motivasjon til å ta grep om seg selv.

## 4.2 Makt er motsvaret til avmakt

Isdal (2016, s. 110) mener vold i hovedsak kommer av makthandlinger som gir avmakt. Brinchmann (2012, s. 128) hevder at alle menneskelige forhold er maktforhold, herunder også forholdet mellom sykepleier og pasient, fordi tillit forutsetter åpenhet. Vi tenker at vi får tildelt mye makt overfor sårbare mennesker i egenskap av å være sykepleier. På bakgrunn av dette mener vi at sykepleieren ikke må misbruke makten hun får tildelt, men bruke den med varsomhet slik at vi ikke krenker Kims autonomi og integritet.

Lillevik & Øien (2017, s. 14 & 15) mener at makt kan medføre misbruk, krenkelse eller begrense friheten, men samtidig kan makt gi myndighet og kraft til å handle. Det er både positive og negative konsekvenser ved det å inneha makt. Vi forstår dette slik at den positive virkningen ved det å ha makt dersom sykepleieren ikke misbruker denne, er at vi har myndighet til å handle for Kim dersom han ikke klarer å ivareta seg selv. Likevel tenker vi at makt vil medføre avmakt. Lillevik og Øien (2017, 27) mener avmakt oppstår når et menneske mangler ytre eller indre vilkår for å få dekket sine fysiske eller psykiske behov. Indre vilkår kan for eksempel være behovet for beskyttelse og trygghet, og ytre vilkår kan være muligheten til å oppnå beskyttelse og trygghet.

Dersom Kim mister oversikt og kontroll over egen situasjon, mangler han de indre vilkårene for å kunne oppleve trygghet. Samtidig vil han mangle de ytre vilkårene for å oppleve trygghet dersom noen gjør situasjonen utrygg for han. Slik vi ser det blir Kim på bakgrunn av vilkårene hindret i å oppnå et behov. Et resultat av avmakt vil være frustrasjon som svar på noe vi er hindret i å oppnå. Dersom vi hindrer Kim i å få oppfylt sine ønsker og behov, vil han miste oversikt og kontroll. Frustrasjon tenker vi er en ubehagelig følelse eller reaksjon som oppstår når vi møter en hindring. De fleste av oss har opplevd å være frustrerte fra en tid til annen. Vi har selv erfart denne ubehagelige følelsen hvor vi blir fullstendig handlingslammet, ute av kontroll og uten løsningsmuligheter for å oppnå det vi ønsker. Følelsen av å være fullstendig prisgitt av omgivelsene kan oppleves som veldig ubehagelig og skremmende. Det kan tenkes at frustrasjon kan gi utløp for aggresjon og til slutt voldelig atferd dersom ikke frustrasjonen opphører. Vi mener at det ikke er vanskelig å se seg selv i denne situasjonen og la seg gjenkjenne i disse følelsene som Kim kan oppleve.

Bjørkly (2001, s.74 -75) presenterer Dollard & medarbeideres frustrasjon -aggresjonsteori. Denne teorien innebærer at frustrasjon skaper aggressiv energi som igjen medfører aggressiv atferd. Bjørkly (2001, s. 75) påpeker at det er tre faktorer som avgjør graden av aggresjon. Disse faktorene innebærer graden av frustrasjon, graden av forstyrrelse og antall hendelser som gir frustrasjon. Denne teorien bygger på forståelsen av menneskelig motivasjon. Dollard & medarbeiders frustrasjon -aggresjonsteori vektlegger energi og aggresjon. Med dette ses energien i sammenheng med aggresjonen. Frustrasjon gir energi hos individet, og mengden energi gir større risiko for aggressiv atferd. Aggressiv energi er også selvforsterkende (Bjørkly, 2001, s. 75-76). Dersom frustrasjonen samler seg opp hos Kim over tid, vil frustrasjonen forsterkes i tillegg til at mengden energi vil øke. Resultatet kan bli et aggressivt utløp i neste omgang Kim opplever frustrasjon. Sett fra en annen side tenker vi også at aggressiv energi vil skape avmakt hos vi som hjelpere.

Jenssen & Øvernes (2012) skriver at det ikke er alle mennesker vi klarer å vise empati for eller se på som likeverdige fordi disse menneskene skaper negative følelser hos oss. Negative følelser kan gi ubehag, og kan medføre at vi velger å unnlate pasienten. Resultatet blir et komplisert spenningsforhold. Vi ser dette slik at et spenningsforhold kan forverre situasjonen, og medføre større opplevelse av avmakt hos begge parter. Derfor må vi som sykepleiere bevisstgjøre oss begrepene makt og avmakt og hva disse innebærer, i tillegg til hvilke positive og negative konsekvenser maktforholdet kan medføre. Vi må tilstrebe et samarbeidsforhold med Kim som ikke gir opplevelsen av avmakt.

#### **4.2.1 Avmaktbevisst omsorg**

Som et tiltak til makt og avmakt bruker Lillevik & Øien (2017, s. 93-96) en tilnærmingstype de kaller for avmaktbevisst omsorg. Denne tilnærmingen består av fire hovedelementer som innebærer miljøsensitivitet, aggresjonsdempende kommunikasjon, fysisk håndtering og situasjonsvalidering. Aggresjonsdempende kommunikasjon kommer vi tilbake til i punkt 6.6. Lillevik & Øien (2017, s. 97) refererer miljøsensitivitet til hjelperens tilstedeværelse og oppmerksomhet rettet mot pasientens situasjon og samspillet i miljøet. Nærværenhet gir mulighet til å observere alle opplevelser og erfaringer med åpenhet og aksept.

I fysisk håndtering vektlegger Lillevik & Øien (2017, s. 117) respekt for menneskets autonomi og integritet som viktige prinsipper. Samtidig må vi gripe inn dersom vi møter på alvorlig utagerende atferd og vold med risiko for alvorlige konsekvenser (Lillevik & Øien, 2017, s. 124). I følge psykisk helsevernloven (1999, § 4-8) skal tvangsmidler kun anvendes når pasienten er utagerende i tillegg til i fare for seg selv eller andre. Dette gjelder også ved fare for skade på bygninger, inventar og andre ting. I likhet med Lillevik & Øien (2017, s. 124) mener Hummelvoll (2014, s. 269-270) at dersom aggresjon får fritt utløp må vi evne å begrense at pasienten skader seg selv eller andre. Også Strand (2016, s. 18-19) mener tvang i noen tilfeller er helt nødvendig og at det vil være uetisk å ikke gripe inn i kaotiske situasjoner.

Vi kan se at både Lillevik & Øien, Hummelvoll og Strand er samstemte når det gjelder bruk av tvang i eskalerende situasjoner. Likevel mener vi at bruk av tvang er en krenkende handling mot pasienten med brudd på autonomi og integritet. Dessuten tenker vi også at fysisk håndtering vil ødelegge relasjonen mellom helsepersonellet og pasienten i senere tid. Strand (2016, s. 18-19) mener at bruk av tvang krever personlig og faglig integritet i tillegg til stor grad av etisk bevissthet. Hun hevder også at det er avgjørende for hvordan inngripelsen blir håndtert og at fysisk håndtering skal alltid være preget av menneskeverd. Selv om vi ser at tvang kan gi negative konsekvenser for pasienten, ser vi allikevel at fysisk håndtering blir helt nødvendig. Dette for å forhindre et utfall som kan gi ytterligere større konsekvenser.

Lillevik & Øien (2017, s. 125-127) anvender situasjonsvalidering i etterkant av en utagerende situasjon for å forebygge liknende situasjoner i fremtiden. Situasjonsvalidering innebærer å evaluere og vurdere hendelsen, og så ta læring fra episoden. Dette gir grunnlag for læring hos ansatte og pasienter. Ut fra funnet til Cowman et.al (2017) kan vi se at de tre mest anvendte metodene for håndtering av vold i Europa er tvang, tilbaketrukkethet og medisiner. Artikkelen til Cowmen et.al (2017) viser også at det er større fokus på risikovurderingmetoder, og at dette kan bidra til å forebygge forekomsten av voldelig atferd, og reduserer unødvendige tvangsmessige tiltak. Skjema for risikovurdering av vold ligger vedlagt i vedlegg 7.

### 4.3 Egostyrkende sykepleie

Som skrevet i teoridelen anvender Strand (2016, s. 86) grensesetting som et virkemiddel for å stoppe pasienters uhensiktsmessige eller skadelig atferd. I dette begrepet vektlegger hun også grensesetting som forebyggende arbeid. I følge Strand (2016, s.86) skal virkemiddelet benyttes med en terapeutisk hensikt og på en terapeutisk måte. Hummelvoll (2014, s. 240) anvender virkemiddelet med samme hensikt som Strand og markerer en grense for uakseptabel atferd som ikke må overskrides. I følge Hummelvoll (2014, s. 268) skal grensesetting anvendes med terapeutisk hensikt. Vi kan se at både Strand og Hummelvoll er samstemte på grensesetting og at begge innehar samme formål og hensikt med virkemiddelet. Også Travelbee (2001, s. 44-45) er opptatt av å bruke seg selv terapeutisk og mener dette er en viktig sykepleieroppgave hos den profesjonelle sykepleieren. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer å bruke selvinnsikt, fornuft og kunnskap for å bidra til en forandring hos pasienten. Dersom dette virkemiddelet kan hjelpe Kim blir forandringen terapeutisk, men hvordan kan vi bruke oss selv terapeutisk for å hjelpe Kim?

Hummelvoll (2014, s. 268) mener virkemiddelet bør inneholde følgende elementer for at det skal virke terapeutisk. Disse elementene innebærer omsorg, struktur, sikkerhet, trygghet og læring. Travelbee (2001, s. 44) mener at terapeutisk bruk av seg selv innebærer å bevisst bruke sin egen personlighet, selvinnsikt og kunnskap for å hjelpe pasienten. Dette forutsetter at sykepleieren etablerer et forhold til pasienten og strukturerer intervensjonene. Å bruke seg selv terapeutisk krever selvinnsikt, forståelse, evne til å tolke og evnen til å gripe inn i sykepleiesituasjoner. Slik vi oppfatter begrepet terapeutisk bruk av seg selv, er at sykepleieren må klare å skille mellom personlig og privat, vise empati samt evne å stå i Kims følelsesmessige kaos i en periode. Det å møte situasjonen til Kim vil øke vår forståelse og innsikt i det å være et menneske.

En av oss har hatt psykiatrisk praksis i fengselshelsetjenesten hvor det i stor grad ble anvendt grensesetting. Her ble virkemiddelet anvendt for å sette en grense for uakseptabel atferd i likhet med Hummelvoll. Grensesetting skal ha som mål å øke pasientens autonomi, øke fokus på omsorg og behov, og bidra til at pasienten gjenvinner kontroll over situasjonen. (Strand, 2016, s. 86-90). I følge Hummelvoll (2014, s. 240) skal grensesetting ha som mål å begrense atferd og bidra til indre avgrensning, struktur og innsikt hos pasienten. Dette medfører vekst

hos pasienten. Slik vi ser det vil grensesetting hjelpe Kim til indre samling og gi økt mestring, i tillegg til å ivareta våre egne grenser slik at vi ikke blir krenket. Likevel ser vi også at dette virkemiddelet er et inngripende tiltak og kan gi negative konsekvenser. Hvordan kan vi anvende grensesetting uten å krenke Kim autonomi og integritet?

Grensesetting kan også anvendes feil, slik at det heller blir en inngripen i Kims frihet i stedet for et terapeutisk virkemiddel. Strand (2016, s. 86) mener intervensjonen kan brukes uheldig og bli uterapeutisk, slik at det oppleves straffende. I følge Hummelvoll (2014, s. 268) & Travelbee (2001, s. 44) blir det uterapeutisk dersom intervensjonen ikke er til hjelp for eller bidrar til vekst og utvikling hos pasienten. Ut fra dette tenker vi at hensikten med grensesetting i utgangspunktet er ment godt, men at grensen er skjør. Dersom grensesetting anvendes feil blir resultatet uterapeutisk fremfor terapeutisk. U hensiktsmessig grensesetting tenker vi kan gi Kim mer skade en indre samling, derfor ser vi at vi må bruke dette virkemiddelet med bevissthet og oppmerksomhet. Det viktigste budskapet til grensesetting må være at virkemiddelet ikke skal brukes som noen form for straff, men heller være til hjelp.

Det andre egostyrkende prinsippet vi har valgt å anvende er containing function. Dette virkemiddelet har vi begge anvendt i praksis og sett hvilken effekt det gir. Det vi har erfart er at aktiv lytting, bearbeiding av innholdet og tilbakelevering av innholdet til pasienten fra et annet perspektiv har bidratt til å skape en oversikt over situasjonen. Stemningen roet seg og pasienten følte seg sett, hørt og forstått i tillegg til å bli tatt på alvor. Vi har også sett og erfart at dersom ikke sykepleieren er bevisst rundt virkemiddelet, affektbevissthet og affekttoleranse kan man selv bli påvirket. Hvordan skal sykepleieren opptre profesjonelt i slike situasjoner?

Travelbee (2001, s. 72-73) beskriver sykepleieren som et menneske på lik linje med andre. Selv sykepleieren kan bli påvirket gjennom konfrontasjonene med andres sårbarhet. I slike situasjoner stilles sykepleieren overfor sin egen sårbarhet. Strand (2016, s. 108) sier at å være en bærer for verbale utblåsninger og frustrasjon kan være belastende og oppleves som forvirrende på grunn av egne følelser. Slik vi forstår det krever funksjonen at vi evner å stå i pasientens kaotiske smerte og ikke tar igjen med samme mynt. Vi som sykepleiere jobber tett i relasjon med andre mennesker og ofte er disse på sitt mest sårbare i livet. Vi tenker at helsearbeidere kan møte slike situasjoner i alle sektorer innenfor helse og derfor mener vi at containing function er en viktig funksjon som alle helsearbeidere bør ha kjennskap til. Likevel mener vi at vi må huske på å skille mellom profesjonell og personlig. I situasjoner med

verbale utblåsninger er det viktig at vi som sykepleiere er innforstått med at dette ikke handler om oss som person, men er heller et utløp for frustrasjon.

#### **4.4 Etikk & yrkesetiske retningslinjer**

Etikk er læren om moral og et sentralt tema innenfor sykepleie. Våre erfaringer omkring dette er at en stadig møter på etiske utfordringer i profesjonen. Kim ønsker i utgangspunktet ingen innleggelse i institusjon, men etter samtale med fastlegen går han med på frivillig innleggelse likevel. Vi tenker at selv om Kim gikk med på frivillig innleggelse kan allikevel dette oppleves som et overgrep på Kim med brudd på autonomi og identitet. En innleggelse Kim egentlig ikke ønsker kan medføre at han mister kontrollen og oversikt over situasjonen. Dette reiser faglige og etiske spørsmål. Hva er egentlig faglige og etiske dilemmaer?

Brinchmann (2012, s. 44) skiller mellom faglige og etiske dilemmaer ved at faglig kunnskap er underordnet et etisk hensyn. Hensynet skal være til pasientens beste, der faget tjener etiske hensikter. I følge Hummelvoll (2014, s. 85) er grunnlaget for helseetikk at sykepleie og behandling skal bygge på respekt for pasientens rett til autonomi og integritet. Dette understreker også (YER, 2011) som sier: «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, her- under retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket». Dette betyr at vi som sykepleiere har en plikt til å respektere Kims autonomi og integritet, og ikke krenke. Samtidig tenker vi at vi må gjøre faglige vurderinger og anvende velgjørenhetsprinsippet, samt ikke skade.

Vi tolker de fire prinsippers etikk som aktuelle prinsipper knyttet til vår problemstilling. I møte med Kim vil det være av stor betydning at vi anvender de fire prinsippers etikk i møte med han. Dette innebærer at vi respekterer Kims autonomi, er bevist over å ikke krenke selv om vi til tider kan vite hva som er faglig best for han, viser rettferdighet og ikke påfører Kim skade.

## 4.5 Hvordan skape en relasjon?

I motsetning til Travelbee (2001, s. 61-62) som mener begrepet pasient og sykepleier fjerner spesielle kjennetegn og egenskaper hos et menneske, skriver Hummelvoll (2014, s. 38) om sykepleier –pasient fellesskapet. Likevel kan vi se flere likheter mellom teoriene. De har blant annet samme syn på mennesket som et enestående og eget individ. Begrepet sykepleier - pasient fellesskapet fokuserer på å se bort fra forskjellen mellom to individer med fokus på likeverdighet (Hummelvoll, 2014, s. 431-432). Travelbee (2001, s. 171-172) bruker begrepet menneske -til -menneske -forhold i sin teori om mellommenneskelige aspekter. Hun godtar ikke begreper som sykepleier og pasient, da hun mener begrepene fjerner kjennemerker hos et menneske. Til tross for denne forskjellen kan vi se at de begge presenterer samme verdier i møte med den andre og at fokuset er på det enkelte mennesket. Hovedbudskapet til Hummelvoll og Travelbee i møte med den andre er at to enkeltindivider møter hverandre med åpenhet, medmenneskelighet og aksept. På bakgrunn av dette tenker vi at dette forutsetter at vi som sykepleiere møter Kim med et helhetlig «jeg» og et helhetlig «du» for å kunne oppnå likeverdighet. Ut fra åpenhet, medmenneskelighet og aksept ser vi også at denne tilnærmingen vil ha betydning for Kims selvaktelse og signifikans. I punkt 3.4.6 ser vi at selvaktelse og signifikans knyttes til Kims selvilde (Hummelvoll, 2014, s. 41). Med dette tenker vi at behovet for å føle seg viktig, mestre og være til nytte for noen er avgjørende for bedringsprosessen. Dette kommer vi tilbake til i punkt 4.7 som omhandler empowerment, mestring og håp.

For å oppnå et betydningsfullt møte med Kim ser vi at det kreves empati. Vi forstår begrepet empati som evnen til å sette seg inn i og forstå hvordan andre opplever sin situasjon. Hummelvoll (2014, s.422) mener empati handler om å la seg berøre av andre, og beskriver empati som innlevende forståelse av den andres subjektive verden. Dersom tilstanden blir preget av sammenligning er det ikke lenger empati. Hummelvoll (2014, s. 40) anvender også begrepet nærværenhet ovenfor sykepleierens empati og at dette er vesentlig i møte mellom to mennesker. Travelbee (2001, s. 281) anvender empati som en fase av fem i oppbyggingen av et menneske-til-menneskeforhold. To andre faser hun anvender innebærer sympati og medfølelse. Hun mener at empati knyttes til vår erfaring og bakgrunn, samt at evnen til å forstå den andres situasjon avhenger av vår egne personlige bakgrunn. Vi har lært gjennom dette studiet at empati ikke handler om å sammenligne seg selv med den andre, men heller å se verden gjennom den andres øyne. Allikevel kan vi gjenkjenne oss i andres situasjoner. Selv



om vi skulle kjenne oss igjen i en lignende situasjon betyr ikke dette at vi opplever situasjonen likt, eller at situasjonen faktisk er lik.

Det å vise empati oppfatter vi som lettere sagt enn gjort, da empati ofte kan forveksles med sympati. Vi synes det er en vesentlig stor forskjell mellom det å sette seg inn i hvordan en annen opplever sin situasjon kontra det å synes synd på. Dersom vi som sykepleiere anvender sympati feil tenker vi at intensjonen blir uprofesjonell og uterapeutisk. På bakgrunn av dette ser vi derfor det som mest hensiktsmessig å fokusere på empati i møte med Kim. Vi tenker at dersom vi møter Kim som et enkeltindivid, som skiller seg ut fra andre, med empati, respekt og åpenhet, vil vi lettere kunne forstå hans opplevelse og erfaringer rundt egen situasjon. Å møte Kim på denne måten forutsetter at vi som sykepleiere ikke har negative holdninger og fordommer.

Brinchmann (2012, s.128) bruker begrepene nærhetsetikk og relasjonsetikk om sykepleierens holdninger og væremåte. Sykepleierens holdninger og væremåte har stor betydning for om situasjonen oppleves god for pasienten. Dette forutsetter at sykepleieren ønsker pasienten vel. Forskning viser at ved å flytte fokus fra pasientens symptom bilde til pasientens ressurser og mestring, skapes det en ny holdning hos helsepersonell. Helsepersonellet fikk bedre holdninger, og økt fokus på empati med ønske om å forstå pasientens perspektiv (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit, 2014).

I følge NSF (2011) skal sykepleieren beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang. Dermed mener Brinchmann (2012, s. 128) at sykepleierens evne til dialog, varhet, og kommunikasjon blir av stor betydning. Vi tenker at dersom vi som sykepleiere ikke har gode holdninger og verdier overfor Kim, vil vi ikke kunne oppnå et trygt tillitsforhold. Vi mener at et trygt tillitsforhold er helt grunnleggende og av stor betydning for bedringsprosessen til Kim. Hummelvoll (2014, s. 477) assosierer en nøytral og objektiv holdning med det å være profesjonell. Med å være profesjonell må en klare å skille mellom rollen som sykepleier og privatperson, også personlig og privat. Profesjonalitet kan variere mellom nærhet og avstand. Eide & Eide (2012, s. 20) anvender begrepet «hjelpende» synonymt med «profesjonell» og «helsefaglig». Med dette tenker vi at vi må møte Kim der han *er*, med åpenhet, omsorg, og med empatisk forståelse. Vi må ha et ønske om å sette oss inn i Kims situasjon. Eide & Eide (2012, s. 32) beskriver

omsorg som grunnleggende verdi for sykepleien, og at god kommunikasjon forutsetter empati (Eide & Eide 2012, s. 37).

Hummelvoll (2014, s. 435) hevder at det første møtet er avgjørende for videre samarbeid. Dette krever at vi som sykepleiere forbereder oss til det første møte med Kim, og tar et oppgjør med oss selv. Oppgjøret kan innebære å stille spørsmål ved våre egne holdninger, verdier og oppfatninger. Dette understreker også Travelbee (2001, s. 186) i sin første fase i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. I det innledende møte vil sykepleieren observere, få et inntrykk og gjøre seg opp meninger om den andre. Vi tenker at forberedelse til det første møte er like nødvendig som det å være bevisst over egne holdninger i orienteringsfasen. Travelbee (2001, s. 188) bruker fremvekst av identiteter om den andre fasen i etableringen av et forhold. I denne fasen begynner sykepleieren og pasienten å bli trygge på hverandre og knytte bånd. I tillegg vil sykepleieren i denne fasen begynne å kartlegge hva pasienten føler og hvilke behov han har (Travelbee, 2001, s. 188). Travelbee (2001, s. 143-144) ser på dette som en sykepleieprosess, hvor prosessen innebærer å observere og kartlegge sykepleiebehov, få bekreftet eller avkreftet dette med pasienten, og avklare om man kan innfri behovene eller om man må henvise pasienten videre. Vi anser begge fasene som grunnleggende for å danne en god relasjon og for resten av bedringsprosessen. Sammen kan Kim og vi som sykepleiere planlegge hvordan behovene hans skal ivaretas.

En av Hummelvolls hjørnesteiner (2014, s. 41) tar for seg ansvar og valg. Det er viktig å få avklart hvem som har ansvar og medansvar for samarbeidet. Vi tenker at det å avklare ansvar og valg er essensielt for å få avklart hvilke forventninger Kim har og hvilke forventninger sykepleieren har til Kim. Dette kan være med på å bidra til at man forhindrer misoppfatninger og konflikter senere i prosessen. Vi mener også dette gjelder avklaringer av hvilke forventninger sykepleieren kan innfri. Hummelvoll (2014, s. 41) beskriver betydningen med å fokusere på den enkeltes verdigrunnlag, mening og mål. Ved å ta utgangspunkt i Kims verdigrunnlag og mål, kan dette bidra til å skape mening i hverdagen. Hvilke verdier og mål ønsker Kim å realisere? Vår oppgave blir å bistå Kim med å få avklart dette. Kims verdier kan øke motivasjonen til å jobbe mot det som er viktig for ham, og det som gir han mening.

I arbeidsfasen ser man i fellesskap på pasientens utfordringer, og sammen forsøker man å finne løsninger på disse ved å øke Kims selvinnstikt (Hummelvoll, 2014, s. 436). Det er i

denne fasen samarbeidet mellom partene foregår og som danner videre grunnlag for hvordan Kim skal leve videre med sine utfordringer. Hummelvoll (2014, s. 42) hevder at åpenhet gir større innsikt, og kommer som følge av et trygt forhold mellom sykepleier og pasient. Åpenhet er også en holdning om å møte den andre med et ønske om å hjelpe.

Hvordan øke Kims selvinnikt? Vi ser at innsikt er av stor betydning for å kunne hjelpe seg selv og lære av sine tidligere handlingsstrategier. Kim må få økt selvinnikt for å kunne forstå sine tidligere handlinger og konsekvensene av dem. Vi mener at Kim ikke kan hjelpe seg selv eller gå videre i livet dersom han ikke erkjenner at han har problemer. Slik vi ser det kan Kim lære av sine tidligere erfaringer, tilegne seg nye erfaringer og kunnskap som han kan ta med seg videre. På bakgrunn av åpenhet og innsikt ser vi derfor at vi må ha et genuint ønske om å være til stede for og hjelpe Kim. For å kunne oppnå dette mener vi at vi som sykepleiere bør ha en åpen innstilling i møte med Kim.

Hummelvoll (2014, s. 56) bruker begrepet recovery i bedringsprosessen. Begrepet innebærer å fokusere på Kims ønsker og behov, hva han ønsker for livet sitt her og nå, og hva som blir viktig for livet i fremtiden. Vi vet at vi har en plikt til å inkludere Kim i behandlingsprosessen og tilrettelegge for dette. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) har pasient eller bruker rett til å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til nødvendig informasjon om egen helsetilstand, innholdet i helsehjelpen, mulig risiko og bivirkninger. Hva kan skje dersom Kim ikke får være med å bestemme i helse- og omsorgstjenester som angår han? Som konsekvens av å ikke få medvirke i sin egen behandling mener vi kan medføre opplevelse av avmakt. Derfor må sykepleieren følge lovverket i tillegg til å etterstrebe å inkludere Kim i behandlingen.

I pasient -og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) står det at pasienten skal ha tilstrekkelig med informasjon for å få innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og være tilpasset den enkeltes individuelle forutsetninger. Helsepersonell skal sikre seg at den andre har forstått innholdet og betydningen av den informasjonen som er blitt gitt. Dette understreker også YER (NSF, 2011) hvor sykepleieren skal tilrettelegge for pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Sykepleieren skal også respektere pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse. Vi forstår dette slik at Kim har rett til å bli inkludert i behandlingsforløpet

og at hans ønsker og behov skal vektlegges. Slik vi ser det har sykepleieren et ansvar for å tilrettelegge for brukermedvirkning. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes forutsetninger for å gi og motta informasjon. Brukermedvirkning bidrar til å skape et individuelt tilpasset tilbud ut fra pasientens egne ønsker og behov, og bidrar derfor også med å styrke pasientens ressurser (Kristoffersen, 2012, s. 318-320). Med dette forstår vi at brukermedvirkning krever kunnskap hos Kim, og derfor blir det å tilegne Kim informasjon og kunnskap en viktig sykepleieroppgave. Det finnes flere metoder og rammeverk som ivaretar brukermedvirkning, en av disse er individuell plan (IP) (Helsedirektoratet, 2017). Individuell plan ligger vedlagt i vedlegg 8.

#### **4.6 Kommunikasjon**

I teoridelen presenterte vi noen kommunikasjonsferdigheter av Eide og Eide (2012, s.20-21) som kan oppleves hjelpende i kommunikasjon. Hjelpende kommunikasjon kan vi se i sammenheng med motiverende intervju (MI). MI er en personsentrert samarbeidsorientert metode som har som mål å styrke egen motivasjon og innebærer motiverende strategier for å starte en endringsprosess (Ivarsson, 2017, s. 13). Vi tenker at ferdighetene fra Eide & Eide (2012, s. 20-21) er veldig aktuelle i møte med Kim for å oppnå et tillitsforhold, men dersom Kim allerede er aggressiv, hvordan møter vi han da? Vi har tidligere diskutert at aggresjon og vold kan bli Kims motmakt mot avmakt. I en slik situasjon blir det viktig å forebygge aggresjon og vold ved å redusere den andres avmakt (Lillevik & Øien, 2017, s. 83-84). Vi tenker at vi ikke må overse Kims følelser da sinne er en følelse som oppstår ved opplevelsen av avmakt.

Cowman et al. (2017) diskuterer ulike kommunikasjonsteknikker overfor aggressive og voldelige pasienter. Cowman mener vi bør tilnærme oss på en ikke -konfronterende måte, men heller utvise respekt, åpenhet, oppmerksomhet og mottakelighet. Cowman et al. (2017) mener også en rolig tone bør anvendes og unngå direkte øyekontakt. Han påpeker også at vi bør være bevisst over hvordan vi plasserer oss i forhold til pasienten, minst to armlengder unna og ikke oppholde oss bak pasienten. Lillevik & Øien (2017, s. 101) anvender aggresjonsdempende kommunikasjon som et tiltak fra avmaktbevisst omsorg. Denne kommunikasjonsmetoden har som hovedmål hjelpe pasienten til å finne andre handlingsstrategier enn å utagere, forebygge en utagerende situasjon og bidra til å styrke pasientens selvbylde.

Lillevik & Øien (2017, s. 114-115) har sammenfattet noen grunnprinsipper innenfor aggresjonsdempende kommunikasjon. Dette innebærer blant annet å opptre rolig og snakke rolig, se og lytte til pasienten, ta pasienten på alvor, få pasienten til å sette ord på årsaken til sinne, anerkjenne, være bevisst på å senke farten i dialogen. I tillegg til å ta imot og tåle pasientens sinne, være tydelig på hva vi kan hjelpe pasienten med og hva vi eventuelt ikke kan oppfylle. Vi bør også gjøre pasienten oppmerksom på valgmuligheter, oppfordre pasienten til å bidra til å finne løsninger, og innlede kompromisser. Ved hjelp av denne kommunikasjonsmetoden kan Kims avmakt reduseres ved å bidra til oversikt, forutsigbarhet, og trygghet (Lillevik & Øien, 2017, s. 104).

Vi tenker at kommunikasjon er den viktigste nøkkelen for å oppnå kontakt med Kim, herunder også for å i det hele tatt få utøvd sykepleie. Sykepleie forutsetter kommunikasjon og kontakt. Samtidig mener vi også at kommunikasjon er utfordrende. Derfor mener vi også at alle helsearbeidere bør være oppmerksomme på kommunikasjon til enhver tid og bevisst over hva de ønsker å signalisere. I følge Lillevik & Øien (2017, s. 101) kan våre holdninger og væremåte til pasienten være en utløsende årsak eller en trigger til aggresjon og vold. Dette innebærer også vår bevissthet rundt makt og avmakt i tillegg til non-verbalt kroppsspråk. I følge Wormnes kan nonverbal kommunikasjon forstås som hvordan ordene uttrykker seg (Lillevik & Øien, 2017, s. 113). Vi forstår dette som at nonverbal kommunikasjon avkrefter eller forsterker budskapet vårt. Budskapet kan formidle trygghet eller usikkerhet. Det er derfor viktig å være oppmerksom på eget kroppsspråk for å fremme trygghet. Vi tolker det slik at utfallet av en utagerende situasjon avhenger av våre holdninger og hvordan vi opptrer i møtet i med Kim. Ved hjelp av kommunikasjon kan vi ta del i Kim sine behov, tanker og følelser, og gjennom dette utvikles det en relasjon.

Cowman et al. (2017) understreker også Lillevik & Øiens tilnærmingssmåte i aggresjonsdempende kommunikasjon. Artikkelen beskriver noen viktige elementer i en ikke konfronterende- tilnærming. Disse elementene innebærer å være positiv, respektere intimsone, være bevisst nonverbalt kroppsspråk, anvende enkelt språk, identifisere håp, følelser, ønsker og mål, lytte og vise gjensidig forståelse, sette grenser og gi pasienten valg. Dette er også noen elementer en av oss har lært gjennom et kurs fra psykiatrisk praksis. Dette kurset ble kalt for vergetrening, og tar for seg voldshåndtering i tillegg til ulike tilnærmingssmåter. Kurset tok også for seg hvordan en skal plassere seg i forhold til pasienten. Et eksempel på dette kan

være at man alltid bør være påpasselig med hvordan man plasserer seg i rommet i dialog med pasienten. Dette kan innebære å oppholde seg i nærhet av utgangen med ryggen til døra og unngå at pasienten plasserer seg bak deg, altså «ha ryggen fri». Dette kan være til nytte i møte med Kim dersom han opptrer truende eller har en utagerende atferd.

#### **4.7 Empowerment, håp & mestring**

Vi ser at flere av teoretikerne fokuserer på håp, mestring og selvstendighet. Askheim (2010, s. 29) hevder at begrepet empowerment og mestring innebærer å lære bort mestringsstrategier til pasienter slik at de kan leve med sine plager og lidelser, og mestre hverdagens utfordringer. Artikkelen til Hultqvist, Eklund & Leufstadius (2014) viser at bruk av empowerment fremmer rehabilitering, økt pasienttilfredshet og helse hos mennesker med psykiske lidelser. Artikkelen viser også at god helse og selvstendighet var relatert til høy grad av empowerment. I Travelbees teori (2001, s. 41) om mellommenneskelige aspekter ser vi at teoriens mål og hensikt er å hjelpe den syke til å mestre eller bære sykdom og lidelse, og å finne mening i situasjonen.

Både Askheim og Travelbee tar for seg sykepleierens oppgave til å fremme helse og mestring hos pasienter for å gjenvinne selvstendighet. Vi ser at i møte med Kim blir det avgjørende at vi fokuserer på hans ressurser og motiverer han til å ta i bruk disse får å oppnå mestring og kontroll over egen situasjon. Vi tenker at begrepet sammenheng og mestring henger sammen med selvstendighet. For hvordan kan Kim oppnå selvstendighet dersom han ikke opplever og mestring?

I begrepet SOC vektlegger Antonovsky opplevelsen av sammenheng og dens påvirkningskraft på å velge mestringsstrategier som er hensiktsmessige. Han hevder at hensiktsmessige mestringsstrategier vil kunne påvirke vår helse positivt (Kristoffersen, 2012, s. 51-52). Vi selv har erfart hvordan pessimisme påvirker vår fornuft og vår evne til å være løsningsorienterte i en vanskelig situasjon. Vi forstår dette slik at dersom en opplever mindre sammenheng i tilværelsen får man en negativ innstilling til en utfordring. En negativ innstilling kan gjøre det vanskelig å se muligheter og løsninger. Dersom for eksempel Kim ikke opplever innsikt, vil han dermed heller ikke få en følelse av sammenheng.

Fremfor å fokusere på forebygging og behandling av lidelsen ser Antonovsky (2012, s. 51) på hva som bidrar til å fremme helse. Dette krever at en må rette oppmerksomheten mot andre forhold enn lidelsen alene. Også Travelbee (2001, s.65) understreker dette. Hun mener at når et individ blir oppfattet som en «sykdom», blir individet avhumanisert som et menneske. Sykdom er noe en «har», og ikke noe man er. Hun retter videre sitt fokus på begrepet pasient og at dette begrepet fjerner egenskaper og kjennemerker hos individet. Vi mener at det å kategorisere enkeltindivider er med på å stigmatisere og skape dårlige holdninger i samfunnet. Vi har en oppfatning av at alle har en subjektiv opplevelse av helse, og hva som er god helse. Det som vi oppfatter som god helse behøver nødvendigvis ikke å være det for en annen. Dersom alle ser Kim som «han med bipolar lidelse» kan det påvirke hans selvbilde og psykiske helse negativt. Dette i sammenheng med at han stadig får en påminnelse på at han har en lidelse. På bakgrunn av dette mener vi at helsebegrepet ikke nødvendigvis må knyttes til sykdom, men andre faktorer som for eksempel ressurser, overskudd, selvstendighet, håp, mestring og trivsel.

Salutogenese vil bidra til å øke bevissthet om hvilket potensiale en har, og indre og ytre ressurser. Resultatene fra artikkelen til Langeland (2009) viser at ved å bruke indre og ytre ressurser kan man bidra til å styrke deres SOC og at en salutogen tilnærming med fokus på helse gir en stor økning av SOC. Vi ser også en sammenheng mellom denne oppfatningen og oppfatningen til Travelbee.

I følge YER (NSF, 2011) skal sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Håp er også av stor betydning for fremtiden. Håp er det som gir mening for å fortsette å leve gjennom livet med sine lidelser og plager Travelbee (2001, s. 123). Videre mener hun at den profesjonelle sykepleierens rolle er å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Dette innebærer å hjelpe den syke som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp, og hjelpe pasienten til å holde fast ved håpet. Dette forutsetter også at sykepleierne gjør seg tilgjengelig og er villig til å hjelpe. Travelbee (2001, s. 117) definerer håp som et ønske om å oppfylle et mål og er fremtidsorientert. Hun mener også at håp er relatert til valg og ønsker, og at håp har nær sammenheng med tillit, mot og utholdenhet.

Også Kristoffersen, Breivne & Nortvedt (2012, s. 269) mener det blir vår oppgave å hjelpe Kim med å gjenvinne håpet. Kristoffersen et. al (2012, s. 269-270) definerer håp som en

sammensatt dynamisk livskraft ved en trygg, men likevel usikker forventning om å oppnå noe som for den personen som håper, er realistisk å oppnå og har stor personlig betydning. Håp gir glede og pågangsmot, økt livskvalitet og kan påvirke sykdomsforløpet (Kristoffersen et al, 2012, s. 270) Hummelvoll (2014, s. 43) mener håp gir mening for å leve med lidelse og plager, og kan forstås som helt grunnleggende i livet for å opprettholde livslust. For å bli enig med Kim om sykepleierens mål og retning mener Hummelvoll (2014, s. 43) at dette forutsetter at sykepleieren setter seg inn i Kims håp og ønsker.

Vi tenker at håp er drivkraften som får oss til å leve videre, har man ikke håp, har man ikke noe å leve for. Slik vi ser det kan vi assosiere håp med selvbilde.

Håpet kan gi Kim styrke og mot til å tro på fremtiden. Når vi tenker på begrepet håp, ser vi en sammenheng mellom håp og Antonovskys SOC. Med dette mener vi at dersom Kim ikke har håp, opplever han heller ingen sammenheng i sin tilværelse. Vi tenker at håpet er en forutsetning for bedringsprosessen. Håp avhenger av troen på seg selv, vilje og tillit til at en skal klare å løse situasjonen. Med det tenker vi troen på seg selv og tillit vil kunne gi mestring, og personlig utvikling.

#### **4.8 Begynnelsen på livet videre**

I denne fasen har Kim oppnådd selvstendighet og mestring. Ved hjelp av nye handlingsstrategier ser han lyst på fremtiden og har satt seg mål. Han har tilegnet seg ny innsikt, kunnskap og erfaringer han vil ta med seg til veien videre. I avslutningsfasen av sykepleier- pasient fellesskapet avsluttes kontaktforholdet mellom sykepleieren og Kim (Hummelvoll, 2014, s. 436). Som nevnt tidligere i teoridelen under punkt 3.4.6 tar Hummelvoll (2014, s. 41) for seg skyld og soning som en del av livet. Under oppholdet kan Kim ha opplevd en moralsk konflikt med seg selv. Vi tenker at Kim allerede hadde innsett at han hadde problemer da han valgte å oppsøke hjelp. Under oppholdet kan samtaler med Kim ha bidratt til at han ser sine tidligere handlinger fra et nytt perspektiv. Samtidig kan dette ha bidratt til at han opplever mer skyld og samvittighet. Slik vi ser det medfører skyld et ønske om soning. Hummelvoll (2014, s. 41) mener at det er av stor betydning at vi som sykepleiere er åpne i møte med spørsmålet om skyld og lytter til pasienten. Dette kan bidra til at Kim oppdager hvilke muligheter han har for å gjøre noe med det, men det viktigste av alt tenker vi er å forsone seg med fortiden.



## 5. Konklusjon med refleksjon

Da vi startet på bachelor oppgaven for ni uker siden hadde vi lite kunnskap om temaet i tillegg til lite undervisning om emnet. Av den grunn har vi valgt dette som tema til vår oppgave, for å styrke vår kompetanse og holdninger som sykepleiere. Vi har ikke kommet frem til noe banebrytende eller nytt gjennom vår besvarelse av problemstillingen. Likevel har vi belyst temaet vold og fremmet fokuset på sykepleierens væremåte og holdninger i møte med den voldelige. Gjennom vår besvarelse har vi tilegnet oss «verktøy» til å møte voldelige pasienter og håndtere vanskelige situasjoner.

Gjennom fortellingen om Kong Olav kan vi se at vold har eksistert i alle tider, og gjennom tidene har mennesket hatt forskjellige syn på vold. Vi ser at forskning ikke har kommet med noe oppsiktsvekkende som forklarer voldelig atferd, men at voldelig atferd kan forklares gjennom ytre forhold som livsvilkår, miljø, makt og påvirkning. Vi mener at dette er et tema som bør belyses og forskes mer på. Vi har sett at det har vært en økende forekomst av vold fra Helsedirektoratet, men samtidig har helsepersonell i dag blitt flinkere på å dokumentere avvik ved slike tilfeller. Vi stiller spørsmål ved om det faktisk er en økende forekomst av vold, eller om temaet har blitt mer belyst? Av den grunn tenker vi at det blir av stor betydning å melde avvik for å synliggjøre volden. Dette tenker vi er et funn i seg selv.

En oppdagelse vi har gjort oss i besvarelsen av oppgaven, er at vold i hovedsak kommer av makthandlinger. Alle menneskelige forhold er maktforhold, også forholdet mellom sykepleier og pasient (Brinchmann, 2012, s. 128). Vi ser at forholdet mellom sykepleier og pasient vil preges av makt fordi sykepleieren får tildelt denne makten av å tre inn i sin rolle. Ofte kommer vi som sykepleiere inn da individer ikke klarer å håndtere sin situasjon, og spesielt i sårbare situasjoner. Derfor kan dette alene oppleves som avmakt hos den som ser seg nødt til å motta hjelp. Avmakt er motsvaret til makt.

Vi har fått mer innsyn i hvilken rolle sykepleieren har i møte med den voldelige og viktigheten av et trygt kontaktforhold. Relasjonen er grunnfundamentet for det videre samarbeid med pasienten, og for å kunne utøve god sykepleie. Vi ser at dersom relasjonen ikke er god, vil heller ikke Kim kunne åpne seg og ta i mot hjelp. Sykepleierens holdninger og væremåte i tillegg til evne til kommunikasjon og varhet blir derfor av stor betydning i møte med Kim (Brinchmann, 2012, s. 128). Kommunikasjon og kommunikasjon i relasjoner mener

vi er den viktigste nøkkelen for å få kontakt, herunder også for å i det hele tatt få utøvd sykepleie.

Gjennom besvarelsen av vår problemstilling har vi blitt mer bevisst våre holdninger og fordommer i møte med enkeltindivider. For å belyse hvilke holdninger og verdier sykepleieren bør ha i møte med mennesker synes vi YER understreker dette godt:

Sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder kulturelle rettigheter, retten til liv og valgfrihet, til verdighet og til å bli behandlet med respekt. Sykepleie utviser respekt for og ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur funksjonshemming eller sykdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status. (NSF, 2011, s. 24).

Antonovskys helseperspektiv har gitt oss et nytt syn på helse, og hva det innebærer. Gjennom besvarelsen av oppgaven har vi også lært at mestringsstrategier vil kunne påvirke helsen vår positivt, og at en positiv innstilling til utfordringer forutsetter opplevelsen av sammenheng. Opplevelsen av sammenheng vil styrkes dersom Kim mestrer utfordringene. Gjennom Antonovskys salutogene modell har vi lært at bruk av ressurser er avgjørende for å kunne oppleve mestring. Vi har oppdaget at håp forutsetter mestring. Dersom vi ikke mestrer noe opplever vi heller ikke håp, håpet vil være grunnleggende i livet og det som gir livet mening.

Vi føler selv at oppgaven har bidratt til å gjøre oss mer reflekterte omkring eskalerende situasjoner, og håndteringen av den. Besvarelsen har også bidratt til å bryte tabuet rundt teamet og belyser årsaker til atferden. Vi forstår at hvert enkelt individ har sin egen historie og bakgrunn som forutsetninger for livet videre. Selv om vi har oppdaget flere årsaker til vold, betyr ikke dette at vi forsvarer disse handlingene. På bakgrunn av dette har vi dermed fått større innsikt og forståelse i hvorfor noen utøver vold.

# Referanseliste

- \*Askheim, O.P (2010). Empowerment - ulike tilnærminger. I O. P, Askheim & B, Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis*. (1.utg., s.21-33). Oslo Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3. utg.,s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J & European Violence in Psychiatry Research Group. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Service Research*, 17:59. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Einebu, M & Larsen, I. B. (2016). Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 16(13), 24-33 <https://doi:10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-04>
- \*Helsebiblioteket. (2015). *litteratursøk*. [Database]. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok#En>
- \*Helsedirektoratet. (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter*. (Helsedirektoratet Rapport IS -2618). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter>
- \*Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- \* Hultqvist, J., Eklund, M & Leufstadius, C. (2014). Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 15(22) 54-61 <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.934916>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Isdal, P. (2016). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Ivarsson, B. H. (2017). *MI Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for helse -og omsorgssektoren*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Jenssen, K & Øvernes, K. (2012). *Avmakt ved omsorg av voldsutøvere*. Hentet fra [https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/psykisk\\_voldsutovere.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/psykisk_voldsutovere.pdf)

- \*Justis- og beredskapsdepartementet. (2014). *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner: Handlingsplan*. (Meld. St. 15, 2014-2017). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017\\_et-liv-uten-vold.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf)
- Kristoffersen, N. J. (2012). Helse og sykdom. I K. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg.,s. 32-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I J. K. Kristoffersen., F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utg.,s.281-341). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E.-A. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg.,s.15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E.-A. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (246-293). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien.no* 09:4, 288-296. <https://doi:10.4220/sykepleienf.2009.0143>
- \*Lillevik, O. G & Øien, L. (2017). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Lillevik, O. G & Øien, L. (2017). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Moore, G. MD. JD & Pfaff, J. A, MD. (2017). *Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult*. Hentet fra [https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult?search=Assessment%20and%20emergency%20management%20of%20the%20acutely%20agitated%20or%20violent%20adult&source=search\\_result&selectedTitle=1~150](https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult?search=Assessment%20and%20emergency%20management%20of%20the%20acutely%20agitated%20or%20violent%20adult&source=search_result&selectedTitle=1~150)
- \*Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (s.a). *Vold og overgrep*. Hentet fra <https://www.nkvt.no/tema/vold-og-overgrep-i-naere-relasjoner/>
- \*Norsk sykepleierforbund. (2008). *Sykepleie -et selvstendig og allsidig fag*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V & Reinart, L.M. (2016). *kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Pasient -og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2018). Hentet fra <https://lovdata.no>
- Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no>

Slettebø, Å (2014). Etiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3. utg., s. 42-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Strand, L. (2016). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Sturlason, S. (2006). Olav Tryggvasons saga. Oslo: J. M Stenersens Forlag AS  
(Opprinnelig utgitt 1899).

\*Støren, I. (2016). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Skårderud, F., Haugsgjerd, S & Stänicke, E. (2016). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Torbjørnsen, A.B.E., Strømstad, J.V., Aasland, A.M.K & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 14(11) 328-338 Hentet fra:  
[https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens\\_betydning\\_i\\_psykisk\\_helsearbeid\\_-\\_enkvalitativ](https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_enkvalitativ)

\*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Trusler og vold på arbeidsplassen. (2009). *Norsk sykepleierforbund*. Hentet fra  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/283914/17073/Hvordan-forebygge-og-haandtere-trusler-og-vold-paa-arbeidsplassen->

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2011). *Norsk sykepleierforbund*. Hentet fra:  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

## **Vedlegg 1: Presentasjon av artikler**

### **A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries.**

I 2017 ble det utarbeidet en kvantitativ studie som tar for seg håndtering av vold og aggresjon, opplæring og trening av utagerende pasienter i institusjon. Studien ble gjennomført av en ekspertgruppe som heter european violence in psychiatry research group som omfavner en mental forskningsagenda. Gruppen har 27 medlemmer fra europeiske land og noen få ikke europeiske land som Australia, India og Canada. Av 27 land deltok 17 land i studien disse inkluderer England, Irland, Wales, Sverige, Nederland, Danmark, Norge, Tyskland, Sveits, Belgia, Portugal, Tyrkia, Romania, Serbia, Bulgaria, Island & Hellas. Målet med studien var å innføre et europeisk tverrfaglig samarbeid og svar i håndtering av vold i praksis (Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J & European Violence in Psychiatry Research Group, 2017).

### **Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie**

Den kvalitative studien fra 2014 tar for seg faktorer som påvirker helsepersonellens holdninger til pasienten. Målet med studien var å få en dypere forståelse for betydningen av å se bort fra pasientens symptomer og heller fokusere på mestringsstrategier. Metoden var to fokusgruppeintervju med 8 ansatte på DPS i helse-vest (Torbjørnsen, A.B.E., Strømstad, J.V., Aasland, A.M.K & Rørtveit, K. 2014).

### **Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler**

Denne kvalitative studien fra 2016 ble utført på bakgrunn av bruk av tvangsmidler i psykiatrisk institusjon. Deltakerne i studien var mennesker som har vært tvangsinnlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling. Det ble gjort individuelle dybdeintervju for å samle data med bruk av semistrukturert intervjuguide. Studien fokuserer på deltakernes egne opplevelser og erfaringer omkring utagerende situasjoner og tvangsmiddelbruk, og hvordan dette kunne blitt håndtert annerledes (Einbu, M & Larsen, B. I, 2016).

### **Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult**

Litteraturstudien omhandler forekomsten av vold overfor helsepersonell, forholdsregler, bruk av våpen, årsaker og risikofaktorer for voldelig opptreden, og håndtering av eskalerende situasjoner. Studien tar for seg vurdering av og ulike tilnæringsmåter overfor potensielle voldelige pasienter. Den tar også for seg inngripende tiltak som siste løsning i en truende situasjon. Artikkelen presenterer både kvalitative og kvantitative artikler som underbygger litteraturen. Studien ble utarbeidet i USA hvor det i motsetning til Norge er lov til å oppbevare våpen. Til tross for dette ser vi en overføringsverdi til vår oppgave fra litteraturstudien da den tar for seg andre aktuelle tiltak i møte med voldelige pasienter (Moore, G. MD. JD & Pfaff, J. A, MD, 2017).

### **Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities**

Denne kvantitative studien fra 2014 ser nærmere på bruk av empowerment som en del av bedringsprosessen hos mennesker med psykiske lidelser, og fokuserer på mestringsstrategier, motivasjon og engasjement. Studien ble utarbeidet i Sverige ved et dagsenter for psykisk syke. Deltakerne som ble inkludert i studien var 123 kvinner og menn som deltok på forskjellige aktiviteter ved dagsenteret. Datainnsamlingen ble gjort ved hjelp av spørreskjemaer som vedrører fem områder. Disse innebærte deres forståelse av empowerment, arbeidsengasjement, brukertilfredshet, helse-relaterte og sosio-demografiske faktorer (Hultqvist, Eklund, & Leufstadius, 2014).

### **Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse**

Denne kvantitative studien fra 2009 ønsket å drøfte følgende aspekter i sammenheng med hverandre: å se på hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar mest til en positiv utvikling av sense of coherence, se hvilken innflytelse sense of coherence har på forandring i livskvalitet i løpet av et år. Vise grunnlaget for utvikling av salutogene terapiprinsipper og belyse effekten av disse i samtalegrupper. Utvalget besto av 107 hjemmeboende personer med psykiske lidelser. Spørreskjemaer og kartleggingsskjemaer ble anvendt som metode. Til tross for at artikkelen er fra 2009 mener vi at den fortsatt har en overføringsverdi til vår praksis og er like relevant og gyldig i dag (Langeland, 2009).

## Vedlegg 2: PICO -skjema

PICO-modellen			
<b>P:</b> Pasienter med aggressiv og voldelig atferd mot helsepersonell, og medpasienter.			
<b>I:</b> Fremgangsmåte, tiltak.			
<b>C:</b>			
<b>O:</b> Relasjonsbygging, trygghet og tillit i relasjonen, forståelse av pasientens situasjon, tilnærningsmåter og kommunikasjonsferdigheter, opptreden og håndtering av utfordrende situasjoner, forebygging av aggresjon, vold, trusler og andre utfordrende situasjoner.			
<b>Hele spørsmålet:</b> Hvordan kan vi som sykepleiere yte god sykepleie til voldelige pasienter i psykisk helsearbeid?			
<b>P</b> Aggressive patients Violent patients Patients dropouts Violence management in mental health care Nurses attitudes towards patients aggression Use of coercive measures and medications	<b>I</b> Communication Relationship building Safety Attitudes Reactions Learning Training Causes Measures Relasjonens betydning Empowerment Engagement Salutogenese	<b>C</b>	<b>O</b> Trust Handling Relationship building Safety Understanding Approaches Communication skills Performance Demeanor Violence Prevention



### Vedlegg 3: Søkeord og antall treff

<b>Database/kilde</b>	<b>PubMed</b>
<b>Dato for søk</b>	<b>09.01.2018</b>
<b>Søkehistorie eller fremgangsmåte</b>	Violent patients ( 1325 treff) Patient dropouts (3739 treff) Violent & aggressive patients towards nurses ( 15 treff) Aggressive and violent patients in mental health service (49 treff, 1 relevant treff) Violence management among psychiatric staff in mental health care (76 treff, 1 relevant treff)
<b>Kommentarer</b>	Sortert etter relevans og nyere enn 2012.

<b>Database/kilde</b>	<b>Oria</b>
<b>Dato for søk</b>	<b>09.01.2018</b>
<b>Søkehistorie eller fremgangsmåte</b>	Nursing attitudes towards aggressive patients (1088 treff) Nursing attitudes towards aggressive patients & use of coercive measures (96 treff, 1 relevant treff) Mental health nurses attitudes towards patients aggression (46 treff)  Training for mental health staff of handling violence and aggression (586 treff, 1 relevant treff) Learning mental health staff for handling violence and aggression (447 treff) How to manage violence & aggression in mental health care (6 treff)
<b>Kommentarer</b>	Sortert etter relevans og nyere enn 2012.

<b>Database/Kilde</b>	<b>SweMed+</b>
<b>Dato for søk</b>	18.01.18
<b>Søkehistorie eller fremgangsmåte</b>	Threatening behavior  +  Causes (1treff)  +  Measures
<b>Kommentarer</b>	Peer reviewed

<b>Database/kilde</b>	<b>SweMed+</b>
<b>Dato for søk</b>	18.01.18
<b>Søkehistorie eller fremgangsmåte</b>	Relasjonens + (21 treff, 1 relevante) Betydning  Empowerment + (2 treff, 2 relevante) Engagement
<b>Kommentarer</b>	Peer reviewed

<b>Database /kilde</b>	Sykepleien.no
<b>Dato for søk</b>	22.01.18
<b>Søkehistorie eller fremgangsmåte</b>	Salutogenese (33 treff, 1 relevant)
<b>Kommentarer</b>	Fra 2007-2018

Modell for PICO-skjema, søkeord og antall treff er utarbeidet ut fra Helsebibliotekets prosedyre for dokumentasjon av litteratursøk (Helsebiblioteket, 2015).

## Vedlegg 4: Kritisk vurdering

Kvalitativ studie	Ja	Uklart	Nei
1. Er målet med studien tydelig formulert?			
2. Er den kvalitative metoden hensiktsmessig i forhold til vår problemstilling?			
3. Er det beskrevet hvor mange som ble utvalgt og hvorfor?			
4. Er det tydelig beskrevet hvilke metoder som anvendes for å innhente data?			
5. Ble det klargjort hvilke bakgrunnsforhold som kan ha påvirket data?			
6. Er det tydelig hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?			
7. Er det gjort forsøk på å underbygge data?			
8. Kommer det tydelig frem hva som er funnene i undersøkelsen?			
9. Kan resultatet av undersøkelsen anvendes i min praksis?			

<b>Kvantitativ studie</b>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>
1. Er målet med studien tydelig formulert?			
2. Er prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen?			
3. Er folkemengden som utvalget er tatt i fra, klart definert?			
4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?			
5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert?			
6. Er svarprosenten høy nok? (>70)			
7. Bruker studien målemetoder som er til å stole på og gyldige for de man ønsker å måle?			
8. Er datasamlingen standardisert?			
9. Er dataanalysen standardisert?			
10. Hva forteller resultatene i denne studien?			
11. Kan resultatene overføres til din populasjon/praksis?			
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?			

Vi utarbeidet sjekklistene for kvalitativ og kvantitativ metode ut fra (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2016, s. 90-109)

## Vedlegg 5: Samleskjema

Metode				Resultater		
Artikkel nr	Tittel	Type studie	Utvalg/antall	Funn	Konklusjon	Relevans
17:59	<i>A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries</i>	Kvantitativ studie	17 land.  Runde 1: 3493 respondenter  Runde 2: 999 respondenter	I møte med voldelige pasienter ble det ofte brukt fysisk begrensning, medikamenter og tilbaketrukkethet i håndteringen av situasjonen.	I Europa er det en stor mangel på kunnskap og prosedyrer rundt voldshåndtering i psykiatriske tjenester.	Studien tar for seg håndtering av vold og aggresjon, trening, og opplæring av utagerende pasienter i institusjon. Målet med studien var å innføre et europeisk tverrfaglig samarbeid og svar i håndtering av vold i praksis, noe vi ønsker å belyse i oppgaven vår.
328-338	<i>Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie</i>	Kvalitativ studie	8 ansatte fra DPS i helse-vest.	Holdningsendring førte til at helsepersonell blir mer opptatt av å reflektere over sine holdninger i møte med den psykisk syke.	Ved å flytte fokus fra diagnose og symptomer og fokusere på mestring, skapes en holdning som preges av et ønske om å forstå pasientens perspektiv.	Studien undersøker faktorer som påvirker helsepersonellens holdninger til pasienten. Målet med studien var å få en dypere forståelse for betydningen av å se bort fra pasientens symptomer og heller fokusere på mestringsstrategier.
24-33	<i>Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler</i>	Kvalitativ studie	3 kvinner og 2 menn med erfaring som pasienter fra psykiatrien i alderen 39-58 år.	Pasientene har sine egne meninger/erfaringer om hvordan utfordrende situasjoner kan løses.	Det å rette fokuset fra pasientene som en gruppe hvor de blir behandlet likt, til å fokusere på enkelt menneske, brukermedvirkning og samarbeid vil redusere bruken av tvang.	Studien ble utført på bakgrunn av bruk av tvangsmidler i psykiatrien. Fokuset er satt på deltakernes egne opplevelser og erfaringer omkring utagerende situasjoner og tvangsmiddelbruk, og gir forslag til andre løsningsalternativer.

	<i>Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult</i>	Litteraturstudie.		Helsepersonell har mangel på opplæring og er ikke forberedt på håndtering av voldelige pasienter. Det viser seg også at helsepersonell har for lite kunnskap om forebygging av aggresjon og vold.	Studien konkluderer med flere viktige tiltak og handlingsstrategier i møte med den voldelige.	Studien tar for seg vurdering av og ulike tilnæringsmåter ovenfor potensielle voldelige pasienter, ikke - inngripende og inngripende tiltak.
--	---	-------------------	--	---	---	--

54-61	<i>Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities</i>	Kvantitativ studie	123 menn og kvinner som deltar på forskjellige aktiviteter på dagsenter.	Ved hjelp av empowerment fikk deltakerne større engasjement for arbeid og aktiviteter, og dette viste også økt pasienttilfredshet.	Studien bidro til økt kunnskap om empowerment hos deltakerne og hvordan de kan anvende empowerment i rehabiliteringsprosessen.	Vi mener empowerment er en viktig faktor for at psykisk syke skal oppleve og føle mestring i sin hverdag. Mestring anser vi som viktig for bedringsprosessen.
288-296	Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse	Kvantitativ studie	107 hjemmeboende pasienter med psykiske lidelser	Relasjoner som bygger på omsorg og støtte virker positivt inn på SOC. Styrket SOC gir økt livskvalitet.	En salutogen tilnærming er viktig i behandlingen for psykiske lidelser og for å styrke SOC og livskvalitet.	Til tross for at artikkelen er fra 2009 ser vi fortsatt en overføringsverdi til vår praksis og like relevant i dag.

## **Vedlegg 6: IMRaD - strukturen**

### **I - Introduction/ introduksjon**

- Oppsummering av forskningsartikler knyttet til temaet
- Problemstilling, hypotese eller forskningsspørsmål
- Teori
- Innføring i situasjonen og gjeldende eller rådende praksis

### **M - Method/ metode**

- Redegjøre og dokumentere
- Hva ble ikke gjort?

### **R - Results/ resultater (funn, data, empiri)**

- Presentere og redegjøre funn
- Organisere, kategorisere og analysere funn
- Forklare og tolke
- Vurdere holdbarhet

### **and/ og**

### **D - Discussion/ diskusjon**

- Allmenngjøre
- Sammenligne med andre studier
- Finnes det alternative tolkninger?
- Erkjennelse av sterke og svake sider ved oppgaven
- Hva medfører dette for praksis?
- Er det behov for mer forskning på dette temaet?
- Anbefalinger for praksis



## Vedlegg 7: Risikovurderingsskjema

### Voldsrisiko sjekkliste -10 (V-RISK-10)

### Violence risk screening -10 (V-RISK-10)

Inn ☐  
Ut ☐  
Poliklinikk ☐

Pasientens navn		Fødselsdato
Kvinne <input type="checkbox"/>	Mann <input type="checkbox"/>	Pasientnummer
Innlagt dato	Utskrevet dato	Løpenummer
Utfylt av		Dato

#### Skåringsinstruksjon:

Skårer samler informasjon om hver av de ti risikofaktorene i sjekklisten V-RISK-10. Under hvert ledd har vi beskrevet noen eksempler på viktig skåringsinformasjon.

Sett kryss i boksen for å angi grad av sannsynlighet for at risikofaktoren passer for den aktuelle pasienten:

- **Nei:** Passer ikke for denne pasienten
- **Kanskje/ moderat:** Passer kanskje/ tilstede i middels alvorlig grad
- **Ja:** Passer definitivt i alvorlig grad
- **Vet ikke:** Har for lite informasjon til å kunne svare

	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
<b>1. Tidligere og/eller aktuell vold</b> Med alvorlig vold menes fysisk angrep (inkludert med ulike våpen) mot annen person for å påføre alvorlig fysisk skade. <i>Ja: Vedkommende må ha gjort minst 3 moderate voldshandlinger eller 1 alvorlig voldshandling. Moderat eller mindre alvorlige aggresjonshandlinger som spark, slag og dytting som ikke forårsaker alvorlig skade hos offeret skåres Kanskje/moderat.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Tidligere og/eller aktuelle trusler (verbale/fysiske)</b> <i>Verbale: Utsagn, rop og lignende som innebærer trussel om å påføre andre personer fysisk skade.</i> <i>Fysiske: Bevegelser og gester som varsler fysisk angrep.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Tidligere og/eller aktuelt rusmisbruk</b> Pasienten har en historie med misbruk av alkohol, medikamenter og/eller narkotiske stoff (for eksempel amfetamin, heroin, hasj). Misbruk av løsemidler eller lim skal inkluderes her. <i>For å skåre Ja må pasienten ha og/eller ha hatt omfattende misbruk/avhengighet, med nedsatt funksjon i arbeids-, skole-, helse- og/eller fritidsliv.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Tidligere og/eller aktuell alvorlig psykisk lidelse</b> Her må en finne ut om pasienten har eller har hatt en psykotisk tilstand (for eksempel schizofreni, paranoid psykose, psykotisk affektiv lidelse). <i>Se ledd 5 for skåring av personlighetsforstyrrelser.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. Personlighetsforstyrrelse</b> <i>Aktuelle i denne sammenheng er eksentriske (schizoide, paranoide) og de impulsive og utagerende (emosjonelt ustabile, antisosiale) personlighetsforstyrrelsene.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Mangler innsikt i sykdom og/eller atferd</b> <i>Her menes i hvilken grad pasienten mangler innsikt i sin psykiske lidelse, i forhold til evt. behov for medikasjon, sosiale konsekvenser, eller atferd knyttet til sykdom eller personlighetsforstyrrelse.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Mistenksomhet</b> <i>Pasienten gir uttrykk for mistenksomhet overfor andre personer enten verbalt eller nonverbalt. Vedkommende ser ut til å være "på vakt" overfor omgivelsene.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Viser manglende innlevelse (empati)</b> <i>Pasienten virker følelseskald og uten innlevelse i andres tankemessige eller følelsesmessige situasjon.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Urealistisk planlegging</b> <i>Her måles i hvilken grad pasienten selv har urealistiske planer for fremtiden (i eller utenfor døgnavdeling). Er for eksempel pasienten selv realistisk i forhold til hva han/hun kan vente av støtte fra familie og av profesjonelt og sosialt nettverk? <u>Det er viktig å vurdere om pasienten er samarbeidsvillig og motivert når det gjelder å følge planene videre.</u></i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Fremtidige stress-situasjoner</b> <i>Her vurderes muligheten for at pasienten kan bli utsatt for påkjenninger og belastende situasjoner i fremtiden, og hans/hennes evne til stressmestring. Eksempler (i og utenfor døgnavdeling): Mestringssvikt overfor grensesetting, nærhet til mulige voldsofre, rusing, bostedsløshet, opphold i voldelig miljø, nær tilgang til våpen etc.</i>	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Samlet klinisk vurdering**

Basert på klinisk skjønn, annen tilgjengelig informasjon og sjekklisten:

Hvor stor tror du voldsrisikoen er for denne pasienten? (sett kryss i en av boksene)

LAV	MODERAT	HØY
-----	---------	-----

Forslag etter samlet klinisk vurdering

(sett kryss i aktuelle bokser)

<b>IKKE MER INNGÅENDE VOLDSRISIKOVURDERING</b>	<b>MER INNGÅENDE VOLDSRISIKOVURDERING</b>
--	---

**IVERKSETTELSE AV FOREBYGGENDE TILTAK**

Begrunnelser føres inn i journal og/eller epikrise

## Vedlegg 8: Individuellplan (IP)

### INDIVIDUELL PLAN

for

Navn:	Fødselsnr.:
Adresse:	Tlf.:
Nærmeste pårørende:	Adresse/tlf.:

Planen er utarbeidet av bruker i samarbeide med:
Dato:

<u>Revidert IP</u> er utarbeidet av bruker i samarbeide med:
Dato:
Denne IP erstatter tidligere IP datert:

Evaluerings vedlegg nr.:	dato:
Evaluerings vedlegg nr.:	dato:
Evaluerings vedlegg nr.:	dato:

<b>HOVEDMÅL:</b> (Hva ønsker jeg å oppnå?)

Hva må til for å oppnå hovedmål?

**OMRÅDE:**

**Delmål 1 :**

Tiltak:

Ansvarlig:

Tidsramme:

**Delmål 2 :**

Tiltak:

Ansvarlig:

Tidsramme:

**OMRÅDE:**

**Delmål 1 :**

Tiltak:

Ansvarlig:

Tidsramme:

AKTUELLE TJENESTEYTERE:			
Etat:	Navn:	Tlf.nr.:	Aktuell dokumentasjon
<i>Innganger skolebar:</i>			
Rehabiliteringsteamet			
..... avd.			
..... avd.			
Brukers koordinator			
Fastlege			
Sosiale tjenester			
Skoleetat			
(evt.)			
<i>Tilleggsinformasjon:</i>			
Ansvarlig			
Arbeidsgiver			
(evt.)			

## SITUASJONSBEKRIVELSE

**Diagnose/sykdomshistorie:**

**Funksjonsbeskrivelse:**

**Ressurser:**

**Tilleggsinformasjon:**

Bruker har gitt sitt samtykke til at planen lages, og har deltatt i arbeidet med å utarbeide den.

Planen gir ikke bruker større rett til helsehjelp enn det som følger av det øvrige regelverket (jfr. Forskrift om individuelle planer § 3).

Planen kan erstatte hjelpemiddelutvalget for personer med langvarig behov for hjelpemidler.

Ansvarlig for å sikre samordning og framdrift av planen: .....  
(koordinator)

Bruker og koordinator vil ha kontakt hver ..... i planperioden.

Planperiode: fra ... til ...

Tidspunkt for første evaluering:

Denne planen skal være retningsgivende for vårt videre arbeid.

Sted, dato

Brukers underskrift

..... kommune v/koordinator

(navn/tittel)

(stet/navn/tittel)

Dersom bruker mener at planen ikke oppfyller de kravene til innhold og gjennomføring som følger av forskriften om individuelle planer, vil det være grunnlag for anmodning og klage. Fyllesiden er klageinstans.

Gjenpart: Berørte parter  
Koordinator for rehabilitering i ..... kommune

## INFORMERT SAMTYKKE

Undertegnede, ....., f.år....., samtykker herved til at

.....  
.....  
.....

(tjenestoområde)

uten blander av lovbestemt taushetsplikt, kan gi og levere opplysninger som er nødvendige for å kunne gi et kvalifisert best mulig rehabiliteringsutvalg.

Jeg har fått informasjon om hvilke opplysninger det dreier seg om. Jeg er innforstått med at nevnte tjenestoområde ikke kan gi opplysninger til andre uten mitt samtykke, og at jeg når som helst kan trekke samtykket tilbake.

Jeg har også fått opplyst at jeg kan seile å seil samtykke

Opplysninger kan ikke bli eller henviser til fra andre tjenestoområder enn de omtalte, med mindre nytt samtykke innbeholdes.

Dette samtykke gjelder for perioden .... til .....

(sted, dato)

(brukers underskrift)

Gjenpart: bruker  
berørte parter